

Univerzity Karlovy v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



Diplomová práce

Sylvie Bělešová

Vztah sociální opory, zvládání stresu, depresivní symptomatiky a lokalizace kontroly
u pacientů léčených peritoneální dialýzou a hemodialýzou

The Relationship of Social Support, Coping, Depressive Symptoms and Locus of Control
in Patients treated by Peritoneal Dialysis and Hemodialysis.

Praha 2013

Vedoucí práce: Prof. PhDr. V. Kebza, CSc.

Tímto bych ráda poděkovala vedoucímu diplomové práce prof. PhDr. Vladimíru Kebzovi, CSc. za odborné vedení, cenné připomínky, ochotu a flexibilitu.

Poděkování patří všem pacientům, kteří se výzkumné části zúčastnili, sestrám a lékařům dialyzačních center.

Děkuji své rodině za poskytnutou podporu během celého studia.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 14. dubna 2013

.....

Sylvie Bělešová

Abstrakt:

Nemocní s chronickým selháním ledvin musí být, pokud nemají možnost transplantace, doživotně léčeni buďto hemodialýzou (HD) prováděnou pomocí přístroje na mimotělní oběh 3x týdně v nemocnici), nebo peritoneální dialýzou (PD) prováděnou v domácím prostředí samostatně pacientem.

Řada studií srovnávala kvalitu života mezi HD a PD, dalším psychologickým proměnným se však dostává prostoru méně.

Cílem studie bylo zjistit, zda se HD a PD pacienti liší v míře sociální opory, lokalizaci kontroly, copingu a depresivní symptomatice.

Náhodným výběrem bylo osloveno 143 HD pacientů (průměrný věk 65,56 let, 48,3 % mužů, 51,3 % žen) a 48 PD pacientů (průměrný věk 63,79 let, 66,7 % mužů, 33,3 % žen).

Pro zjišťování sociální opory byl použit Dotazník sociální opory (SIS – Social Integration Survey). Lokalizace kontroly byla znázorňována na vizuální analogové škále. Copingové strategie byly mapovány krátkou verzí dotazníku COPE – Brief COPE, která byla za tímto účelem přeložena do češtiny. K posouzení výskytu depresivní symptomatiky byla použita Beckova sebeposuzovací škála deprese (BDI – II).

Na základě statistické analýzy dat nebyl prokázán rozdíl v míře sociální opory, copingových strategiích, místu kontroly a depresivní symptomatice mezi pacienty s HD a PD.

Ačkoli se HD a PD liší a přináší pacientům odlišné výhody a nevýhody z psychosociálního hlediska, v uvedených psychologických proměnných nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly.

Klíčová slova:

sociální opora, coping, deprese, lokalizace kontroly, peritoneální dialýza, hemodialýza

Abstrakt:

Patients with chronic kidney failure, given that it is impossible to undergo transplantation, have to be treated by lifelong hemodialysis (HD) via extracorporeal circulation machine 3 times a week in hospital; or by peritoneal dialysis (PD) performed by patients at home.

There were a number of studies comparing quality of life between HD and PD, but there have been fewer studies covering other psychological variables. The aim of this study was to examine whether HD and PD patients differ in social support, locus of control, coping and depressive symptoms.

143 HD patients (average age 65,56; 48,3 % men, 51,3 % women) and 48 PD patients (average age 63,79; 66,7 % men, 33,3 % women) were approached by random selection.

Social Integration Survey (SIS) was applied to examine social support. Locus of control was depicted on visual analog scale. Coping strategies were mapped by a short version of COPE questionnaire – Brief COPE, which was translated to Czech language for this purpose. Beck's depression inventory (BDI – II) was used to evaluate incidence of depressive symptoms.

Based on data statistical analysis there was no difference proved in social support, coping strategies, locus of control and depressive symptoms among HD and PD patients.

Although HD and PD differ and cause diverse advantages and disadvantages from psychosocial perspective, there were found no significant differences in the psychological variables mentioned above.

Keywords:

Social Support, Coping, Depression, Locus of Control, Peritoneal Dialysis, Hemodialysis

Obsah

Seznam použitých zkratk	8
Úvod	9
1. Teoretická část	11
1.1. Chronické selhání ledvin a dialýza	11
1.1.1. Chronické onemocnění ledvin	11
1.1.2. Dialýza	11
1.1.3. Dialyzační přístupy	12
1.1.4. Akutní a chronické komplikace dialýzy	13
1.1.5. Peritoneální dialýza	13
1.1.6. Peritoneální dialýza versus hemodialýza	15
1.1.7. Transplantace	16
1.1.8. Stres spojený s dialýzou	17
1.1.9. Psychické potíže pacientů s chronickým onemocněním ledvin a léčených dialýzou	17
1.2. Sociální opora	20
1.2.1. Definice sociální opory	20
1.2.2. Zdroje sociální opory	21
1.2.3. Rozdělení sociální opory	21
1.2.4. Sociální opora a zátěžové situace	23
1.2.5. Sociální opora a dialyzovaní	25
1.3. Lokalizace kontroly	26
1.3.1. Resilience a vulnerabilita	26
1.3.2. Atribuční teorie	26
1.3.3. Lokalizace kontroly ve vztahu k osobní pohodě a zdraví	27
1.3.4. Lokalizace kontroly u chronicky nemocných a dialyzovaných	28
1.4. Coping	30
1.4.1. Definice copingu	30
1.4.2. Copingové zdroje	31
1.4.3. Copingové strategie	31
1.4.4. Coping u chronicky nemocných a dialyzovaných pacientů	34
1.5. Deprese	35
1.5.1. Definice deprese	36
1.5.2. Příznaky a diagnostika	36

1.5.3.	Diferenciální diagnostika	38
1.5.4.	Etiologie a patogeneze	39
1.5.5.	Klasifikace	40
1.5.6.	Terapie depresivní poruchy	41
1.5.7.	Depresivní příznaky u chronických onemocnění a dialyzovaných	43
2.	Empirická část	45
2.1.	Předmět a cíl výzkumu	45
2.2.	Sběr dat a výzkumný soubor	46
2.2.1.	Hemodialyzovaní pacienti	51
2.2.2.	Pacienti s peritoneální dialýzou	54
2.3.	Metody	57
2.4.	Zpracování dat	58
2.5.	Výsledky	59
2.5.1.	Sociální opora	59
2.5.2.	Coping	60
2.5.3.	Lokalizace kontroly	62
2.5.4.	Depresivní symptomatika	63
	Diskuse	66
	Shrnutí	69
	Seznam použité literatury	71
	Grafy a tabulky	77
	Přílohy	78

Seznam použitých zkratk:

BDI – II	Beck Depression Inventory, Beckova sebeposuzovací škála deprese
CAPD	Kontinuální ambulantní peritoneální dialýza
CCPD	Kontinuální cyklická peritoneální dialýza
DSM – IV	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické společnosti – 4. revize
FN	Fakultní nemocnice
HD	Hemodialýza
HDS	Hemodialyzační středisko
IMAO	Inhibitory monoaminoxidáz
KBT	Kognitivně – behaviorální terapie
LF UK	Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
LoC	Locus of Control
MKN – 10	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
PD	Peritoneální dialýza
SIS	Social Integration Survey, Dotazník sociální opory
SNRI	Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu
SSRI	Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
WHO	World health organization, Světová zdravotnická organizace

Úvod

Existence chronického onemocnění je velmi zatěžující životní událost, která u pacientů vytváří významné psychologické problémy. V této diplomové práci se věnuji pacientům s chronickým selháním ledvin, které si vyžaduje pravidelnou terapii dialýzou.

Dialýza je umělý způsob očišťování krve a je nevyhnutelnou terapií u konečného selhání ledvin, pokud neexistuje možnost transplantace. Pro pacienty je zátěží nejen samotný fakt chronické nemoci, ale i terapie sama. Základními typy terapie jsou hemodialýza a peritoneální dialýza. Při hemodialýze probíhá čištění přes mimotělní oběh, kdy se očištěná krev ve speciálním přístroji navrací do krevního oběhu. Tato metoda vyžaduje přítomnost pacientů ve specializovaném zařízení přibližně každé tři dny po dobu cca šesti hodin. Peritoneální dialýza využívá filtrační schopnosti pobřišnice, kdy si pacienti sami do břišní dutiny aplikují speciální roztok několikrát denně. Tato léčba probíhá v domácím prostředí a návštěva dialyzačního centra je nutná přibližně jednou měsíčně nebo při vzniku komplikací. Oba způsoby mají své výhody i nevýhody a mohou být vhodné pro jiné skupiny pacientů. Obecně platí, že pokud neexistuje kontraindikace, je volba způsobu terapie přenechána pacientovi (Češka, 2010).

Záměrem diplomové práce je zkoumat rozdíly v určitých psychologických proměnných u obou skupin pacientů. Konkrétně se jedná o lokalizaci kontroly, copingové styly, sociální oporu a depresivní symptomatiku.

Práce se nejprve věnuje chronickému onemocnění ledvin, definici, terminologii, příčinám, možnostem terapie a psychosociálním aspektům.

Každá z psychologických proměnných je pak rozpracována ve zvláštní kapitole, které se vyjadřují k teoretickým východiskům a konceptům, možnostem měření jednotlivých proměnných a shrnují výsledky předchozích studií.

Především lokalizace kontroly a sociální opora jsou důležité proměnné, které souvisejí s přizpůsobením se např. dietnímu režimu. Jsou podstatné nejen pro obecné well-being, ale i pro compliance s léčbou a nároky dialyzační terapie (Christensen, A., Wiebe, J., Benotsch, E., & Lawton, W., 1996, Thomas, C., 2002).

Lokalizace kontroly je významným parametrem při zvládání chronického onemocnění. Opakovaně se ukázalo, že lokalizace kontroly moderuje vztah mezi stresem a nemocí, což se může zobrazit v copingových strategiích. Osoby s vnitřní lokalizací kontroly se mohou

orientovat spíše na řešení problému, zatímco osoby s vnější lokalizací se mohou snažit problému vyhnout. Výsledky studií u chronicky nemocných pacientů se ovšem různí (Arraras, J., Wright, S., Jusue, G., Tejedor, M., & Calvo, J., 2002).

Depresivní symptomatika je u dialyzovaných pacientů častý problém související s mortalitou těchto pacientů a je tedy významným rizikovým faktorem. Studie naznačují vzájemnou závislost se sociální oporou (Holahan, C., Moerkbak, M., & Suzuki, R., 2006).

Přínos sociální opory u pacientů s např. ischemickou srdeční chorobou či cévní chorobou mozkovou je znám. Mnoho studií potvrdilo souvislost sociální opory s kvalitou života i s mortalitou. Sociální opora ovlivňuje i copingové strategie (Fitzpatrick, T., Gitelson, R., Andereck, K., & Sue Mesbur, E., 2005; Holahan, C., Moerkbak, M., & Suzuki, R., 2006; Rambod, M., & Rafii, F., 2010).

Copingové procesy byly popsány u mnoha pacientů s různými chronickými onemocněními, u diabetiků, pacientů s artritidou, Parkinsonovou nemocí či maligním onemocněním. Copingové strategie lze tradičně rozdělit na strategie zaměřené na problém, na emoce a vyhýbavé strategie. Mezi obecnou populací se vyskytují většinou jejich kombinace. Způsob vyrovnávání se se zátěžovou situací opět souvisí s depresivní symptomatikou a celkovou mortalitou (Gencöz, T., & Astan, G., 2006).

1. Teoretická část

1.1 Chronické selhání ledvin a dialýza

1.1.1 Chronické onemocnění ledvin

Ledviny jsou hlavním orgánem zajišťujícím rovnováhu vnitřního prostředí, regulují vodní, elektrolytovou a acidobazickou rovnováhu, podílejí se na dlouhodobé regulaci krevního tlaku. Odstraňují produkty metabolismu, toxiny a tělu cizí látky močí. Produkují hormony spojené s tvorbou červených krvinek a kalciovým metabolismem (Teplan, 1998).

Chronické onemocnění ledvin je definováno jako poškození ledvin nebo snížení funkce ledvin trvající alespoň 3 měsíce. Ukazatelem funkce ledvin je glomerulární filtrace, podle které se chronické onemocnění ledvin klasifikuje do 5 stádií (Češka, 2010). Při chronickém selhání ledvin je funkce ledvin snížena natolik, že ledviny nejsou schopny udržet normální složení vnitřního prostředí, a to ani za speciálních dietních a medikamentózních podmínek.

Ke znovunastolení rovnováhy vnitřního prostředí je pak nutné využít metod náhrady funkce ledvin – dialýzy nebo transplantace (Češka, 2010).

Mezi nejčastější příčiny chronického selhání ledvin patří diabetická nefropatie (poškození cév ledvin při onemocnění cukrovkou), hypertenze a ischemická (renovaskulární) nefropatie (Češka, 2010.) Mezi další příčiny chronického onemocnění ledvin patří glomerulonefritidy, refluxní nefropatie a cystické onemocnění ledvin a další (Steddon, Ashman, Chesser a Cunningham, 2006).

Chronické onemocnění ledvin je spojeno s vysokou mortalitou pacientů. Nejčastější příčinou úmrtí jsou kardiovaskulární komplikace (Češka, 2010).

1.1.2 Dialýza a peritoneální dialýza

Normálně fungující ledviny zajišťují odstraňování nadměrné soli, vody a kyselin, odstraňování nebo regulaci dalších elektrolytů a odstraňování dusíkatých katabolitů vznikajících při metabolismu. Při selhání ledvin lze tyto funkce nahradit dialýzou. Ledviny dále zajišťují vytváření erytropoetinu (růstového faktoru tvorby červených krvinek) a aktivaci vitamínu D, tyto funkce ledvin lze nahradit farmakologicky (Steddon, Ashman, Chesser a Cunningham, 2006).

Hemodialýza je metodou mimotělního očišťování krve. Cílem hemodialýzy je snížit hladiny přirozeně vznikajících metabolitů v krvi, což jinak zajišťují ledviny svou funkcí (Češka, 2010). Principem dialýzy je difuze látek přes polopropustnou (semipermeabilní) membránu a rychlost prostupu látek závisí na koncentračním gradientu mezi krví a dialyzačním roztokem, na molekulové hmotnosti látek a na propustnosti membrány. Druhým mechanismem je filtrace (ultrafiltrace), která slouží k odstraňování přebytečné vody (Schück, Tesař 2006; Lachmanová, 1999).

Myšlenka odstraňování toxických látek z těla člověka pomocí dialýzy sahá do začátku 20. století.

Jako první propustil zvířecí krev přes dialyzační membránu John Jacob Abel u králíků a psů a svou metodu publikoval a představil in vivo u psa veřejně v roce 1913. J. J. Abel je také otcem pojmu umělá ledvina, i když nikdy nezamýšlel používat dialýzu u uremických pacientů. Dialýzu využíval k demonstraci izolování toxických substancí, které nejsou tělu vlastní (George, Eknoyan, 2012).

Georg Haas byl pak prvním, který dialýzu využíval v klinické praxi k terapii uremických pacientů v německém Giessen pravděpodobně už v roce 1924, krev byla však v celku očišťována extrakorporálně a navracela se pak do krevního oběhu pacienta (Vienken, 2012).

První funkční dialyzační stroj napojitelný na pacienta pak ze součástek sestřeleného německého bombardéru sestrojil Willem Johan Kollf v roce 1943 v holandském Kampen (Friedman, 2012).

V Československu byla první umělá ledvina instalována v roce 1955 na II. Interní klinice v Praze (Dr. M. Chytil, Dr. S. Daum, Dr. V. Hirnych). Je nutné zmínit, že Praha byla po Lundu, Vídni, Hamburgu a Curychu pátým městem Evropy, kde byla dialýza pro akutní selhání ledvin dostupná (Lachmanová, 1999; Rutkowski, 2012).

1.1.3 Dialyzační přístupy

Pro použití hemodialýzy je nezbytný spolehlivý cévní přístup, který zajistí dostatečný přítok krve od pacienta do dialyzátoru a zpět. Dočasným přístupem je kanylace centrální žíly, která je určena k omezenému počtu výkonů. Mezi komplikace patří infekce, krvácení a trombóza

(Lachmannová, 1999). Trvalý přístup je zajištěn chirurgickým spojením tepny a žíly v podkoží nejčastěji paže a nazývá se píštěl (shunt) (Schück, Tesař 2006). Vlivem hemodynamických poměrů se tato zkratová žíla rozšíří, vyklene a je pak snadno přístupná punkci. Mezi specifické komplikace píštělí patří pak stenóza, aneurysmata, špatné prokrvení ruky či porucha venózní funkce píštěle (Lachmannová, 1999).

1.1.4 Akutní a chronické komplikace dialýzy

Mezi akutní komplikace vznikající při hemodialýze patří hypotenze při příliš rychlém či nadměrném odstranění intravazálních tekutin, křeče či poruchy srdečního rytmu při nerovnováze elektrolytů a krvácení v souvislosti s podáváním léků na ředění krve během dialýzy (Češka, 2010).

Pravidelné dialyzační léčení je velkým pokrokem v terapii chronického selhání ledvin, i když dovede nahradit funkci ledvin jen částečně. Náhrada funkce ledvin dokáže udržet při životě pacienta i mnoho let, ale i při této léčbě vzniká řada komplikací, které jsou způsobeny jak postupem vlastního onemocnění, tak vlivem dialýzy (Lachmanová, 1999).

Kardiovaskulární komplikace (infarkt myokardu, ischemická choroba srdeční, srdeční selhání a cerebrovaskulární onemocnění) jsou příčinou smrti u více než poloviny dialyzovaných pacientů. Hypertenze je největším rizikovým faktorem pro kardiovaskulární komorbiditu a mortalitu pacientů s chronickým selháním ledvin (Lachmanová, 1999). Druhou významnou příčinou úmrtí jsou infekce různého původu.

1.1.5 Peritoneální dialýza

Napuštění peritoneální dutiny roztokem u dvou pacientů použil poprvé v roce 1923 německý lékař Georg Ganter ve Würzburgu. Další vývoj peritoneální dialýzy byl poměrně pomalý, do roku 1950 bylo tímto způsobem léčeno 101 pacientů, ale nechyběly důkazy o tom, že za určitých podmínek může být metoda náhradou funkce ledvin. Dalším vývojem břišním katetrů

a dialyzačních roztoků se metoda stala srovnatelnou s hemodialýzou (Mars a Ross, 1995; Negoï, Khanna a Nolph, 2012).

V Československu byla peritoneální dialýza poprvé použita v roce 1966 Dr. J. Jirkou v pražském IKEMU (Rutkowski, 2012).

U peritoneální dialýzy je využíváno semipermeabilní schopnosti peritonea (pobřišnice). Pacient sám připevňuje dialyzační roztok přes speciální břišní katetr, do peritoneální dutiny je přivedeno 1 - 3 litry tekutiny a ponecháno různě dlouhou dobu podle typu metody. V dnešní době jsou systémy peritoneální dialýzy upraveny tak, aby bylo riziko infekce při manipulaci minimalizováno (Steddon, Ashman, Chesser & Cunningham, 2006).

Z technických důvodů je peritoneální dialýza metodou volby u kojenců a malých dětí. U dospělých je základním faktorem pro výběr této metody motivace, fyzická a duševní schopnost vlastního provedení celé procedury a základní pochopení principů léčby. Procento pacientů majících kontraindikace léčby peritoneální dialýzou stoupá s věkem, ale až 70% dospělých pacientů nemá ani medicínské, ani sociální kontraindikace k léčbě jak peritoneální dialýzou, tak hemodialýzou a výběr metody může být ponechán pouze na pacientu samotném (Paříková, 2010).

Mezi režimy peritoneální dialýzy patří kontinuální ambulantní peritoneální dialýza (CAPD), kdy pacient sám většinou 4x denně provádí výměnu roztoku, přičemž dialýza probíhá vlivem gravitace. Dalším způsobem je kontinuální cyklická peritoneální dialýza (CCPD), kdy roztok vyměňuje přístroj, a to jen po část dne – např. v noci. Obdobou je noční či denní intermitentní peritoneální dialýza, s tím rozdílem, že přes den či noc nezůstává v břišní dutině žádný roztok. Při přlivové dialýze zůstává část roztoku stále v břišní dutině za účelem zlepšení mechaniky průtoku tekutin (Bednářová, 2007). Je třeba zmínit, že návštěva dialyzačního centra je nutná 1x za 4-6 týdnů.

Mezi kontraindikace peritoneální dialýzy patří rozsáhlé srůsty v břišní dutině např. po operacích, operativně neřešitelné kýly, kolostomie či nefrostomie, aktivní střevní onemocnění (např. nespecifické střevní záněty, divertikulitida střeva), ascites a také noncompliance pacienta (Češka, 2010; Paříková, 2010).

Mezi nejvýznamnější specifické komplikace peritoneální dialýzy patří zánět pobřišnice (peritonitida), která může probíhat i fulminantně. Obvyklým místem vstupu infekce je peritoneální katetr, který byl v poslední době upraven tak, aby k infekcím docházelo co nejméně. Opakované záněty pobřišnice mohou uspišit selhání funkce membrány pobřišnice, vyžadující přestup k hemodialýze (Steddon, Ashman, Chesser & Cunningham, 2006).

Dalšími komplikacemi jsou mechanické související s katetrem (vznik kýly, únik tekutiny do břišní stěny či podél katetru) či infekce výstupu či podél katetru. Sklerotizující peritonitida jako další závažná komplikace vzniká u pacientů s opakovanými epizodami peritonitidy, její geneze zůstává ovšem neznámá. Dochází k fibrotizaci peritonea se srůsty a z toho plynoucímu selhání peritonea jako membrány (Lachmanová 1999; Kraus 2012).

1.1.6 Peritoneální dialýza versus hemodialýza

Ke konci roku 2011 existovalo v České republice 102 dialyzačních center, z toho 99 pro dospělé a 3 pro děti, kde bylo léčeno 6116 pacientů, z toho 8,2% peritoneální dialýzou (Rychlík, Lopot, 2011).

Je nutno zmínit, že po politických změnách v roce 1989 narostl počet dialyzovaných o téměř 300% (Rutkowski, 2012).

Tento poměr je v různých rozvinutých i nerozvinutých zemích velmi odlišný a kromě medicínských důvodů se uplatňují i důvody ekonomické či geografické (PD Mexiko 85%, Kanada 36%, Austrálie 42%, USA 9,5%, Itálie 7%) (Rutkowski, 2012).

Porovnání mortality a morbidit pacientů léčených hemodialýzou a peritoneální dialýzou není jednoduché. Závisí především na celkovém zdravotním stavu, v jakém pacient do dialyzačního léčení vstupuje. Mladí pacienti bez dalších komplikujících onemocnění podstupují poměrně brzy transplantaci. Nový integrovaný koncept léčby se soustředí spíše na doplnění a návaznost obou metod (Bednářová, Szonowská a Znojová, 2007).

Výhodou peritoneální dialýzy oproti hemodialýze je vyrovnanější stav vnitřního prostředí bez prudkých výkyvů koncentrace katabolitů, elektrolytů a vody, což je dané metodou. Dodržovaná dieta nemusí být tak přísná. Šetří se cévní přístup pro případnou budoucí hemodialýzu. Nemocní jsou léčeni ambulantně, odpadá závislost na dialyzačním centru s nutností dojíždění (Opatrná, 2006).

Nejběžnější důvod preference peritoneální dialýzy je vzdálenost bydliště od dialyzačního centra. Velmi silným motivem je snaha omezit kontakt se zdravotnickým zařízením i zdravotnickým personálem a ostatními pacienty. Je to způsob terapie, který je spojen s větší svobodou, volností, nezávislostí, ale i s odpovědností za její průběh. Poskytuje pacientovi pocit kontroly nad vlastní nemocí a léčbou. Podstatným faktorem je i negativní zkušenost

s hemodialýzou nebo strach z pohledu na krev, odběru krve, napichování pístěle (Bednářová, Szonowská a Znojová, 2007).

1.1.7. Transplantace

Transplantace nahrazuje plně funkci ledvin a měla by být považována za metodu volby léčby konečného stádia onemocnění. Česká republika se řadí na přední místa v Evropě v počtu úspěšně provedených transplantací s aktuálně žijícími cca 3000 transplantovaných s funkční transplantovanou ledvinou (Vítko, Lácha a Viklický, 2006).

Ne každý pacient je ovšem vhodný k transplantaci, především vzhledem ke své komorbiditě (Steddon, Ashman, Chesser & Cunningham, 2006).

K absolutní kontraindikaci transplantace ledviny patří nevyřešená malignita, aktivní infekce, terminální jaterní onemocnění, srdeční selhání a ischemická choroba srdeční bez možnosti terapie, chronické respirační selhání, těžké neřešitelné aterosklerotické postižení periferních tepen, polymorbidita s prognózou pod 1-3 roky, neschopnost spolupráce a morbidní obezita (BMI nad 35) (Viklický, 2010).

Většina získaných štěpů pochází od zemřelých dárců po stanovení smrti mozku. V České republice bližší podmínky stanovuje Transplantační zákon a vychází se z předpokládaného souhlasu dárce. Výhodou transplantace ledvin je možnost zisku orgánu i od živých dárců. Základním předpokladem je dobrovolnost a informovaný souhlas dárce. V České republice převažuje mezi příjemci a žijícími dárci vztah příbuzenský (73%) (Slatinská, 1998).

Ke komplikacím transplantace ledvin patří odmítnutí štěpu organismem, a to buď akutní, nebo chronické. Dále je třeba uvážit komplikace vznikající v závislosti s imunosupresí, a to jak infekční, tak metabolické a toxické. Většina infekcí u transplantovaných proběhne v prvních třech měsících po transplantaci a jejich průběh bývá závažný (Viklický, 2010; Česka, 2010).

U pacientů s imunosupresní terapií narůstá incidence maligních onemocnění (dlaždicového karcinomu kůže, non Hodgkin lymfomu, karcinomu pohlavních orgánů ženy, hepatobiliárního systému a Kaposiho sarkomu) (Mars, Ross 1995).

1.1.8 Stres spojený s dialýzou

Pacienti s chronickým selháním ledvin žijí trvale s vysokou mírou stresu. Stresující je vlastní povaha nemoci a její příznaky, především úbytek fyzických sil, ale hlavně zcela mimořádný charakter léčby. Dialyzovaní pacienti jsou závislí na přístroji či na přísných denních rituálech spojených s výměnou roztoku. Dalším omezením jsou přísné dietní režimy, omezení příjmu tekutin a nutné užívání léků. Obě metody terapie vystavují pacienty vzhledem k rozdílům v terapii odlišným stresorům. U hemodialyzovaných je stresující častý kontakt s dialyzačním zařízením, doprava často i na velké vzdálenosti, konfrontace s onemocněním u ostatních pacientů, napichování žilního vstupu atd. U peritoneálně dialyzovaných zatěžuje vědomí cizího tělesa v těle, odpovědnost za léčbu a pocity viny při vzniku infekčních komplikací, každodennost léčby, která neumožňuje „zapomenout na nemoc“ (Znojová, 2007). Znojová (2007) uvádí, že způsob, jakým se pacient se stresem vyrovná, ovlivní celkovou adaptaci na nemoc. Ta ovšem závisí nejen na způsobu léčby (HD nebo PD), ale i na podpoře rodiny, osobnostních vlastnostech nemocného, copingových strategiích a dalších psychosociálních okolnostech (Znojová, 2007).

Dialyzační léčení je vázáno na specializované pracoviště – na dosažitelnost přístrojové techniky a speciálního technického zázemí. I tak lze zajistit, aby pacienti v chronickém dialyzačním programu mohli cestovat. V rámci České republiky je to možné zcela bez problémů za předpokladu volné kapacity dialyzačního centra. Dialýzu lze individuálně nebo s pomocí koordinátorů nadnárodních dialyzačních řetězců zajistit i při cestách do zahraničí. Ve státech Evropské unie probíhá platba prostřednictvím evropského průkazu pojištěnce, s některými dalšími státy má Česká republika uzavřenou mezinárodní dohodu. S ohledem na princip metody měli vždy větší možnosti cestovat pacienti s peritoneální dialýzou (Svatojanovský, Ságová, 2010).

1.1.9 Psychické potíže u pacientů s chronickým onemocněním ledvin a léčených dialýzou

Mezi pacienty s chronickým onemocněním je obecně vyšší prevalence psychiatrických onemocnění ve srovnání se zdravou populací. Studie prokázaly vyšší výskyt deprese, úzkostné poruchy, demence, užívání návykových látek a poruch osobnosti (Friedman, Rao, 2009).

Deprese

Deprese je nejčastější afektivní poruchou asociovanou s chronickým selháním ledvin (Friedman, Rao, 2009). Může se u dialyzovaných projevit jako důsledek nezvládání chronického stresu i jako důsledek ztrát, které nemoc a léčba přináší. K typickým ztrátám patří ztráta svobody a nezávislosti, tělesné aktivity, ztráta zaměstnání, vztahů, rekreačních aktivit a také ztráta naděje na bezproblémový život a dlouhověkost. Deprese má pak podle Znojové dva závažné důsledky: je faktorem, který zvyšuje mortalitu nemocných, a také zhoršuje či znemožňuje spolupráci při léčbě (Znojová, 2007; Hainsworth, 2009). Znojová (2007) také upozorňuje na nesnadnost rozpoznání depresivních příznaků u pacientů s peritoneální dialýzou vzhledem k volnějšímu kontaktu pacientů s dialyzačním střediskem.

Příznaky zahrnují poruchy nálady, rychlou unavitelnost, neschopnost radování se z činností, které v minulosti přinášely potěšení, poruchy spánku, poruchy chuti k jídlu a změny váhy, kolísání nálady, sníženou motivaci, koncentraci pozornosti a self-esteem, pocity bezmoci, beznaděje a suicidální myšlenky. Některé příznaky mohou být chápány v rámci základního fyzického onemocnění, zasluhují si ale zvýšenou pozornost a léčbu. Deprese se může zhoršit v určitých stádiích onemocnění, např. v době stanovení diagnózy, v době horšení zdravotního stavu, při uvědomění si omezené prognózy či při selhávání transplantátu (Friedman, Rao, 2009; Hainsworth, 2009).

Pocity bezmoci či viny a suicidální myšlenky mohou lékařům pomoci rozlišit mezi urémií a depresivní poruchou. Přibližně jeden z 500 dialyzovaných spáchá sebevraždu a některé dietní chyby či noncompliance při léčbě (zkrácení či vynechání) mohou být spojeny se suicidálním úmyslem (Kimmel, Levy, 2001).

Problémy u dialyzovaných s bipolární afektivní poruchou nastávají především při medikaci lithiem, která může zhoršovat urémii a jejíž dávkování může být u selhání ledvin obtížné (Friedman, Rao, 2009).

Úzkostné poruchy

Úzkost může souviset se stanovením diagnózy, prognózy či návrhem léčby dialýzou či transplantací. Někdy vzniká v souvislosti se zdravotnickým zařízením a někteří pacienti mohou vyvinout fobii ze zdravotnického zařízení či léčby samotné. U některých pacientů mohou být fobie známy z minulosti a interferovat s léčbou (např. strach z jehel) (Friedman, Rao 2009).

Kognitivní dysfunkce

Urémie může dočasně zhoršovat kognitivní funkce a zlepšení lze dosáhnout dialýzou. Strádání hliníku z dialyzátu může ke zhoršení kognitivních funkcí přispívat, což lze prokázat změnami na EEG.

Uremická encefalopatie je organický syndrom vyskytující se u pokročilého selhání ledvin. Příznaky jsou nespecifické, zahrnující poruchy koncentrace pozornosti a paměti. Dále mohou být pozorovány halucinace, paranoidní myšlení a emoční labilita stejně jako autonomní dysregulace (např. závratě) a neuromuskulární poruchy.

Encefalopatie dialyzovaných

Encefalopatie dialyzovaných je progresivní, difúzní encefalopatie, která se vyskytuje u některých chronicky dialyzovaných pacientů. Prevalence se odhaduje na 1% (Friedman, Rao 2009).

Sexuální dysfunkce

Sexuální dysfunkce bývá zhoršena aterosklerózou, diabetem, psychickými potížemi, léky či urémií. Významný vliv může mít i změna v body image pacienta (Hainsworth, 2009).

Poruchy spánku

Velká část dialyzovaných pacientů trpí poruchami spánku. Výskyt potíží, včetně syndromu neklidných nohou, je u obou skupin dialyzovaných pacientů obdobný (Znojová, 2007).

Kvalita života

Hemodialyzovaní a peritoneálně dialyzovaní pacienti jsou předmětem nesčetných studií zabývajících se kvalitou života. Ve srovnání se zdravou populací vykazují pacienti s chronickým selháním ledvin nižší kvalitu života. Pokud se srovnává kvalita života dialyzovaných a transplantovaných, vyznívá ve prospěch transplantovaných, kde se blíží běžné populaci. Rozdíly v kvalitě života mezi staršími dialyzovanými pacienty a staršími osobami v běžné populaci jsou méně patrné než rozdíly mezi mladšími nemocnými na dialýze a jejich vrstevníky (Znojová, 2007).

1.2 Sociální opora

Stres je přirozenou součástí našeho života. Může být žádoucí a prospěšný, pokud pomáhá procesu učení a osobnímu růstu. Velká část lidí je pod vlivem stresu více aktivní, kreativní a produktivní. Na druhou stranu stres může způsobit závažné problémy. Dlouhodobý, nepřetržitý, neočekávaný a nezvladatelný stres je pro organismus škodlivý.

V mnoha studiích byl prokázán protektivní vliv sociální opory na zdravotní stav a vliv na vyrovnávání se se stresovou situací.

1.2.1 Definice sociální opory

Sociální opora je vnímání informace od ostatních, že mají jedince rádi a zajímají se o něj, váží a cení si ho, a zároveň je také součástí komunikační sítě a vzájemných závazků (Cobb, 1976).

Je to pocit být významnou osobou v očích druhých, pocit být milován a respektován jako lidská bytost, a také dostupnost někoho, kdo naslouchá a pomůže, je-li to třeba (Mirowsky, Ross, 1989).

Sociální oporou lze podle jiných pojetí rozumět nejen pocit, ale i přímo konkrétní pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, jenž se nachází v zátěžové situaci. Může se jednat o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje (Hoskovcová, 2006; Křivohlavý, 2001). Vnímaná sociální opora je přesvědčení o tom, že jiní lidé jsou k dispozici a jsou ochotní poskytnout pomoc, pokud by ji daný člověk potřeboval (Křivohlavý, 2001).

Sociální opora je jednou z funkcí sociální sítě, je systémem mezilidských vazeb a vztahů, které vznikají v lidských skupinách. Upevňuje jedincův pocit vlastní hodnoty a jeho důvěru v to, že mu v případě potřeby bude pomoheno. Vědomí, že lidé kolem jsou připraveni mu pomoci, může být pro jedince často důležitější než pomoc skutečně poskytnutá (Baštecká, 2005).

Podobně i podle Paulíka (2010) spočívá podstata pozitivního působení sociální opory jednak v přesvědčení o blízkosti a dostupnosti pomoci a porozumění od lidí v okolí, jednak v reálné existenci této pomoci (Paulík, 2010).

Šolcová popisuje sociální oporu jako jakýsi sociální fond, ze kterého lze čerpat v případě potřeby, systém sociálních vztahů, jejichž prostřednictvím se člověku dostává pomoci při snaze dostat nárokům a dosáhnout cílů (Šolcová, 2009).

Sociální integrace, sociální začlenění člověka do sociální struktury je významnou determinantou jeho psychické pohody a zdraví (Kebza, 2005).

Sociální opora je dynamický proces, jehož forma a úroveň se v čase mění v závislosti na situacích, životních událostech, na věku, sociální začleněnosti. Sociální opora má podobu interakce, může být vnímána odlišně poskytovatelem, příjemcem i nezávislým pozorovatelem (Hoskovcová, 2006).

1.2.2 Zdroje sociální opory

Mezi hlavní zdroje sociální opory patří přirozené systémy opory (rodiny, příbuzní, známí atd.), náboženské organizace, pomáhající profese, podpůrné skupiny organizované odborníky, svépomocné skupiny (Baštecká, 2005). Přirozeným zdrojem sociální opory je především rodina, kde přijetí, pomoc či povzbuzení každému členu tvoří součást jejích funkcí a podílí se na utváření pocitu jistoty a bezpečí od raného dětství. Pozitivní sociální vztahy v rodině a dalších sociálních skupinách i ve vztazích k jednotlivým osobám usnadňují adaptaci na nepříznivé podmínky, ovlivňují pozitivně zdravotní stav. Sociální akceptování, pocit důvěry, jistoty, sounáležitosti navozují také pocit spokojenosti se sebou samým i se životem vůbec. Jedinec se vidí jako schopný své prostředí zvládat (Paulík, 2010).

Dle A.R. Laireitera (1997, citováno podle Kebza, 2005) pocházejí osoby, které poskytují sociální oporu v zátěžové situaci, nejčastěji ze skupiny rodiny a přátel, ze skupiny osob, které se podobají svými charakteristikami (např. pohlaví či věk) a ze skupiny osob, které jsou seznámeny s příslušným stresorem a jeho situačním kontextem.

1.2.3 Rozdělení sociální opory

Sociální opora je chápána na několika úrovních. Na makroúrovni se jedná o celospolečenskou formu pomoci potřebným, popisuje úroveň účasti na aktivitách komunity. Na mezoúrovni jde o sociální oporu jedné skupiny lidí jednotlivcům, rozsah a kvalitu struktury a podpůrných funkcí sociální sítě jednotlivce. Na mikroúrovni jde o pomoc a oporu, kterou danému člověku

poskytuje osoba, která je mu nejbližší, popisuje kvalitu intimních vztahů jednotlivce (Křivohlavý, 2001; Kebza, 2005).

House (1981, citováno podle Kebza 2005) tradičně rozlišuje čtyři složky obsahu sociální opory.

Emocionální opora – vyjadřuje emocionální blízkost, poskytnutí důležitých emocí (např. lásky, soucitu), laskavé zacházení, kterým je projevována náklonnost, dodávání naděje, utišování apod.

Hodnotící opora – vyjádření úcty, respektu, posilování kladného sebehodnocení, sebeúcty, podpoření samostatnosti, povzbuzování, sdílení těžkostí, podpora při těžkých úlohách.

Informační opora – zprostředkování informací nebo rad, jež pomáhají vyrovnat se s osobními problémy. Poskytnutí informace, která by mohla být osobě v tísní nápomocná při orientaci v situaci, do které se dostal. Takovou radu mohou poskytnout lidé, kteří mají s obdobnou situací osobní zkušenost, nebo jsou profesionálními poradci. Patří sem i vyslechnutí osoby v tísní, věnování pozornosti, vyslechnutí jejích potřeb, představ o tom, co by bylo možné udělat apod. Člověku v tísní to pomůže utřídit si myšlenky a rozhodnout se.

Instrumentální opora – praktická pomoc nebo hmotná, materiální pomoc. Jde o konkrétní formu pomoci, např. poskytnutí finanční výpomoci, obstarání různých potřebných věcí, zařízení neodkladných záležitostí, poskytnutí materiální podpory. Iniciativa nevychází od člověka v tísní, ale od druhého člověka, který se z vlastní vůle rozhodne pomoci osobě v tísní.

Paulík rozlišuje emocionální, instrumentální a evaluační sociální oporu. Emocionální sociální opora spočívá např. v chování ostatních osob vyjadřujících náklonnost, blízkost, lásku, porozumění či starostlivost. Instrumentální sociální opora spočívá v pomoci prostřednictvím konkrétních nástrojů. Evaluační sociální opora je typická poskytováním pozitivního hodnocení (Paulík, 2010).

Psychická (emoční) opora zahrnuje kladný cit (důvěrnost a schopnost důvěřovat, blízkost, vyjádření porozumění, vcítění a zájmu), potvrzení hodnoty (vyjádření souhlasu, úcty, ocenění a obdivu), spolehlivé spojení (bezpečí a spolehnutí na toho, kdo pomáhá), společenské začlenění (možnost k někomu patřit), příležitost k pečování o druhého. Příjemce psychické opory by se měl cítit milovaný a hodnotný a měl by věřit, že se na druhého může obrátit s prosbou o pomoc a může být na něm závislý. Praktická opora se vyjadřuje prostřednictvím konkrétní pomoci včetně materiální, finanční a informační (Baštecká, 2005).

Očekávaná sociální opora je přesvědčení člověka o tom, že existují lidé, kteří jsou připraveni mu v případě potřeby pomoci, jež souvisí se sociálním zakotvením (Křivohlavý, 2001). Protipólem vnímané dostupnosti sociální opory (kognitivní sociální opora) je skutečná pomoc (behaviorální sociální opora) (Hewstone, Stroebe, 2006). Podle některých autorů je důležitější toto přesvědčení, sociální opora očekávaná než skutečně naplněná, obdržená, protože v sobě nenese nechtěnou závislost nebo potvrzení, že člověk věci nezvládne sám (Baštecká, 2005).

Dále lze odlišit anticipovanou sociální oporu, mobilizaci sociální opory a sociální oporu obdrženou, získanou.

Anticipovaná sociální opora je přesvědčení, že významné blízké opory jsou připraveny pomoci, objeví-li se takováto potřeba. Představuje pocit jedince, že je ostatními akceptován, že se o něj zajímají a že mu pomohou, bude-li to potřebovat. Anticipovaná sociální opora je reprezentací toho, jak jedinec vnímá své sociální začlenění. Mobilizaci sociální opory lze chápat jako copingovou strategii. Získaná sociální opora představuje pomoc, které se jedinci skutečně dostalo (Schwarzer, Leppin 1991).

Sociální oporu lze členit podle řady dalších hledisek: jakým způsobem naplňuje potřeby člověka, jak se vztahuje k jeho sociální síti, jak je účinná a kvalitní, jak ji vnímá příjemce atd.

1.2.4 Sociální opora a zátěžové situace

Opora, které se jedinci dostává, může ovlivnit způsob, jakým se vyrovnává s náročnými situacemi, a tím i jeho pohodu a zdraví (Schwarzer, Leppin 1991). Sociální zařazení člověka do sociální sítě či struktury je významnou determinantou jeho psychické pohody a zdraví. Prostřednictvím sociálních vazeb k druhým osobám, skupinám a širší společnosti získává jedinec sociální oporu, jakýsi fond, ze kterého lze čerpat v případě potřeby systém sociálních vztahů, jejichž prostřednictvím se člověku dostává pomoci při snaze dostat nárokům a dosáhnout cílů (Kebza, 2005).

Sociální opora je jeden z faktorů, které moderují vliv nepříznivých životních událostí na psychickou pohodu a zdraví člověka. Při řešení těžkých životních situací jsou důležité vybrané osobnostní charakteristiky, ale i sociální opora, a to přímo i nepřímo např. tím, že ovlivní způsob zvládání těžkostí. Sociální opora je považována za jeden z nejdůležitějších faktorů modifikujících nepříznivý vliv různých negativních životních situací na psychický a fyzický zdravotní stav člověka (Křivohlavý, 2001).

Sociální opora může negativní pocity neutralizovat několika způsoby: může přímo zvyšovat sebevědomí a sebeznání, může přímo ovlivňovat emoce tím, že sociální interakce vyvolává určitou míru pozitivních emocí a působí tak proti depresi a úzkosti, anebo vnější stresory mohou být vnímány jako méně zatěžující s vědomím možnosti a dostupnosti sociální opory a pomoci. Především u dlouhodobých vztahů je možno se na pozitivní vliv spolehnout (Stroebe, 1992).

Studie dokázaly, že sociální opora pomáhá lidem zvládat nemoci. Pokud nemocným sociální opora chybí, vycházejí ze studií s horším zdravotním stavem (Cohen, McKay, 1984, citováno podle Kebza, 2005).

Cohen a Wills (1985) pojmají systém sociální opory jako nárazníkový, tlumící, chránící člověka proti potenciálnímu škodlivému vlivu zátěžových situací. Ti, kteří disponují dobrým sociálním zázemím, sociální oporou, jsou lépe připraveni k zvládnutí takovéto zátěžové situace. Sociální opora ukazuje svůj přínos až v přítomnosti stresové situace. Hewstone a Stroebe (2006) přirovnává tuto funkci sociální opory k očkování, kdy se ochranný účinek projeví, až když jsou lidé vystaveni infekci, tedy stresu.

Nedílnou součástí kognitivního hodnocení stresogenní události může být i vnímání vlastního sociálního zakotvení (Kebza, 2005).

Mareš (Mareš, 2001) shrnuje vztah mezi sociální oporou a zátěží do 4 variant.

1. Sociální opora ovlivňuje adaptaci na zátěž, člověk v tísní zažívá oporu a tím snadněji se vyrovnává s nároky, sociální opora má podobu pomoci pro zvládání zátěže.
2. Adaptace ovlivňuje sociální oporu: způsob, jakým se člověk vyrovnává se zátěží, signalizuje jeho sociálnímu okolí, zda vůbec potřebuje pomoc, případně který typ pomoci potřebuje.
3. Sociální opora a adaptace na zátěž neovlivňují jeden druhého žádným konzistentním způsobem.
4. Sociální opora a adaptace na zátěž se ovlivňují navzájem a navíc jsou obě ovlivňovány dalším faktorem stojícím v pozadí.

Účinek sociální opory lze rozlišit na přímý a nepřímý. Přímý účinek předpokládá příznivý účinek sociální opory na psychickou pohodu bez ohledu na aktuální úroveň stresovanosti jedince. Nepřímý model zmiňuje nárazníkové působení sociální opory, počítá s její interakcí

s aktuální hladinou stresu. Sociální opora pak chrání osoby vystavené stresorům před jejich negativními dopady. Může to být vysvětleno přijetím příznivější alternativy kognitivního hodnocení situace nebo inhibicí maladaptivních obranných mechanismů (Paulík, 2010).

Často bylo prokázáno, že sociální opora může negativní následky stresu snižovat nebo jim předcházet. Takzvaná nárazníková hypotéza říká, že sociální opora ukazuje svůj přínos až v přítomnosti stresové situace. Několik studií dokázalo, že souvislost sociální opory s psychickým zdravím je spojená alespoň trochu s vlivem sociálních vztahů na psychiku. Jiné studie ukázaly přímý vliv sociální opory jako měřítka sociální integrace na zdravotní stav, který nesouvisel se stresem (Cohen a Willis, 1985).

1.2.5 Sociální opora u chronických onemocnění a dialyzovaných

Několik studií prokázalo vztah sociální opory s vnímáním fyzického a duševního zdraví či s lepší prognózou a přežíváním u chronických nemocných (např. Cohen, Wills, 1985). Studie probíhající v centru pro seniory v jižním Ontariu ukázala pozitivní vliv obdržené sociální opory na vnímání fyzického a duševního zdraví (Fitzpatrick et al., 2005). U HIV pozitivních pacientů byla vyšší míra sociální opory, obdržená od důležité osoby, spojena s lepším duševním zdravím (Reich, et al., 2010). U pacientů s chronickým srdečním selháním měla míra sociální opory vliv na výskyt depresivních symptomů jak u pacientů hispánského, tak nehispanického původu (n=132) v USA (Holahan, Moerkbak a Suzuki, 2006). Podobně byla zjištěna pozitivní souvislost sociální opory a depresivních příznaků u další skupiny 163 pacientů s chronickým srdečním selháním v USA (Park, Fenster, Suresh a Bliss, 2006).

Obdobné výsledky potvrdily i studie u pacientů s chronickým selháním ledvin. Popsaly vliv sociální opory na well-being a kvalitu života dialyzovaných pacientů, jejich adaptaci na léčbu.

Tel, H. a Tel, H. (2011) popsali u 164 dialyzovaných v Turecku signifikantní vztah sociální opory a kvality života. Pokud pacienti vnímají vyšší míru sociální opory, zlepšuje se jim kvalita života. V této studii se nejvyšší míra sociální opory vyskytovala u vdaných či ženatých pacientů.

Stejným tématem se ve studii s 202 iránskými muslimskými pacienty zabývali M. Rambod a F. Rafii (2010), kteří opět popsali vztah vnímané sociální opory s kvalitou života (především

u subškál fungování zdraví, u subškály spirituální, socioekonomické a subškály rodiny) u hemodialyzovaných pacientů.

U dialyzovaných Afroameričanů (n=85) byla nalezena vysoká míra self-efficacy a sociální opory (Wells, Anderson, 2011).

1.3 Lokalizace kontroly

1.3.1 Resilience a vulnerabilita

Pojem resilience vyjadřuje odolnost, nezdolnost či nezlomnost a zastřešuje psychologické koncepce, které obsahují určité protektivní prvky ve vztahu k osobní pohodě a zdraví. V širším slova smyslu pojem resilience zahrnuje osobnostní dispozice, ovlivňující odolnost jedince vůči zátěži, v užším smyslu označuje některé druhy této odolnosti, nejčastěji ve smyslu hardiness. Opakem resilience je vulnerabilita, dispozice reagovat funkční poruchou pod vlivem stresu (Kebza, 2005).

1.3.2 Atribuční teorie

Koncepce resilience se snaží o bližší poznání podmínek a okolností, které u každého člověka ovlivňují formování jeho pojetí světa a vlastního místa v něm, včetně formulace a zdůvodnění příčin, které se na utváření tohoto pojetí nejvíce podílely. Tato snaha se projevila koncipováním teorie kauzální atribuce F. Heiderem (Kebza, 2005). Když Fritz Heider v roce 1958 publikoval svou atribuční teorii, ovlivnil tím nejen sociální psychologii, ale i ostatní oblasti psychologie a sociálních věd. I když jeho koncepce atribuce byla v následujících desetiletích mnohými autory přepracována, nelze popřít prvenství, které podnítilo další přemítání v této problematice (Weiner, 2008). Heider předpokládal, že lidé jsou tzv. naivní vědci, kteří se snaží nacházet souvislosti pozorovatelného chování s nepozorovatelnými příčinami. U kauzálních atribucí se jedná o deduktivní proces, kterým pozorovatel přisuzuje následek jedné či více příčinám (Hewstone, Stroebe, 2006).

1.3.3 Lokalizace kontroly ve vztahu k osobní pohodě a zdraví

Mezi nejčastěji uváděná s atribučními teoriemi související pojetí patří koncepce lokalizace kontroly (locus of control, LoC) Juliana Rottera (Kebza, 2005). J. Rotter zavedl v roce 1966 pojem vnitřní a vnější umístění vlivu (internal, external locus of control, překládáno jako umístění vlivu, umístění moci, místo řízení, lokalizace kontroly). Tento pojem získal velkou oblibu a je využíván široce ve smyslu osobnostní charakteristiky. Rotter vycházel z vlastní teorie osobnosti, ve které stanovil šest kategorií potřeb: potřebu uznání, potřebu vlivu a moci, potřebu nezávislosti, potřebu ochrany a závislosti, potřebu lásky a přijetí, potřebu tělesného pohodlí a pohody (Baštecká, Goldmann, 2001).

Pojetí locus of control předpokládá, že se lidé mezi sebou liší mj. podle generalizovaného očekávání a přesvědčení, jak jsou determinováni ve svém chování a jeho důsledcích. Osoby s vnější, externí lokalizací kontroly jsou přesvědčeny, že je jejich život určován především vnějšími okolnostmi a samy na jeho vývoj nemají významnější vliv. Osoby s vnitřní, interní lokalizací kontroly vycházejí z přesvědčení, že je vývoj jejich života závislý především na jejich schopnostech, úsilí a aktivitě a že mají svůj život pevně ve svých rukou (Kebza, 2005). Pokud se osoby s vnitřní lokalizací kontroly setkají se stresovou situací, jejich reakce je častěji orientovaná na řešení problému. Reakce osob s vnější lokalizací je spíše emocionální (Declerck, Brabander, Boone a Gerits, 2002).

Vliv lokalizace kontroly v souvislosti se sociální oporou zkoumal nizozemský výzkumný tým Vanderzee, Buunk a Sanderma (1997) u 240 zdravých studentů. Osobám s vnitřní lokalizací kontroly se dostávalo více sociální opory ve srovnání s osobami s vnější lokalizací. Vliv sociální opory na well – being byl silnější u osob s vnější lokalizací kontroly, především u osob ženského pohlaví. Toto bylo interpretováno jako vyšší potřeba dosažitelnosti sociální opory u vnější lokalizace kontroly. Osoby s vnitřní lokalizací mohou být méně závislé na zdrojích opory, protože disponují jinými vnitřními zdroji.

Lokalizace kontroly je tedy nejen jedním z protektivních prvků ovlivňujících osobní pohodu, je také zároveň některými autory považována za salutoprotektivní prvek. Konstrukt lokalizace kontroly lze aplikovat na chování a přesvědčení, týkající se zdraví. Předpokládá se pozitivní vliv vnitřní lokalizace kontroly ve smyslu efektivnějšího zvládnání náročných situací tím, že jsou zaujímány aktivní, samostatné, sebevědomé a účelné styly zvládnání. Vnitřní lokalizace kontroly předurčuje k aktivnějšímu vyhledávání informací, jednoznačnějšímu a častějšímu vyjadřování pozitivních emocí a k jakési vyšší úrovni připravenosti na potenciálně nepříznivé

životní události. Kategorizace na vnitřní a vnější lokalizaci kontroly je poměrně stabilní v čase (Kebza, 2001; Kebza, 2005).

Prvek kontroly se vyskytuje i v dalších přístupech, např. v koncepci self-efficacy A. Bandury, v koncepci vysvětlovacího stylu (explanatory style) M. Seligmana, v pojetí odolnosti ve smyslu pro soudržnost (sense of coherence) A. Antonovského či pojetí hardiness S. Kobasové.

Existují i speciální pojetí lokalizace kontroly ve vztahu ke zdraví a odvozené metody – např. Wallstonovy Health Locus of Control Scale z roku 1976 (Christensen, Wiebe, Benotsch a Lawton, 1996) a Multidimensional Health Locus of Control z roku 1978 (Kebza, 2005). Koncepce lokalizace kontroly ve vztahu ke zdraví odráží očekávání jedince týkající se zdravotních výsledků. Zvláště pak reflektuje míru, s jakou lidé očekávají, že jejich zdravotní stav bude podmíněný jejich vlastním chováním (vnitřní lokalizace kontroly ve vztahu ke zdraví) nebo účinkem okolních vlivů (vnější lokalizace kontroly ve vztahu ke zdraví). Výsledky Wallstonovy práce (1992, citováno podle Christensen, Wiebe, Benotsch a Lawton, 1996) naznačují spojitost mezi vnitřní lokalizací a vhodnějším chováním ve vztahu k vlastnímu zdraví, přímý vliv na toto chování ale nebyl prokázán.

1.3.4 Lokalizace kontroly u chronicky nemocných a dialyzovaných

Ve vztahu ke zdraví byla lokalizace kontroly mapována v mnoha studiích. Např. u maligních onemocnění byla pozorována souvislost vyššího výskytu depresivních příznaků a beznaděje u pacientů s externí lokalizací kontroly a nízkou úrovní sociální opory (Grassi, Rosti, 1996, citováno podle Declerck, Brabander, Boone a Gerits, 2002).

Vztah lokalizace kontroly (pomocí Multidimensional Health Locus of Control Scale) a well – beingu zkoumali u starší populace (60 a více let) s interními onemocněními (n=110), malignitou (n=196) a zdravé kontrolní skupiny (n=80) S. Knappe a M. Pinguart (2007). Pacienti s interními onemocněními vykazovali častěji vnitřní lokalizaci kontroly oproti ostatním skupinám, což bylo vysvětleno poměrně vysokým zastoupením diabetiků ve skupině, kteří disponují vyšší mírou kontroly nad vlastním zdravím díky samostatné terapii inzulinem a dodržováním dietních opatření. Po vyloučení diabetiků ze vzorku nebyl nalezen významnější rozdíl oproti zdravé populaci, což naznačuje, že ani dlouhodobé interní nebo život ohrožující maligní onemocnění nemusí mít vliv na vnitřní lokalizaci kontroly.

U 49 pacientek s karcinomem prsu byl zkoumán vztah lokalizace kontroly a rodinného stavu na časnou recidivu onemocnění. Lokalizace kontroly byla rozdělena na vnitřní, vnější a intermediární. U vdaných pacientek se ukázal nižší výskyt relapsu a nižší míra distresu, ale jen u těch s intermediární lokalizací kontroly. Kvalitativním zhodnocením bylo zjištěno, že tyto pacientky byly více spokojené s oporou rodiny (Declerck, Brabander, Boone a Gerits, 2002).

Další studie se zabývala vztahem copingového stylu, lokalizace kontroly a psychického distresu u pacientů s chronickou bolestí, a to u pacientů s maligním onemocněním (n=51) a bez maligního onemocnění (n=67). Pacienti bez maligního onemocnění vykazovali v této studii signifikantně častěji vnitřní lokalizaci kontroly (Arraras, Wright, Jusue, Tejedor a Calvo, 2002). Autoři diskutují, že toto může být spojeno s přesvědčením v populaci, kdy je maligní onemocnění považováno za málo ovlivnitelné. Dále byla popsána asociace mezi autory nazývaným negativním stylem copingu (vyhýbáním), nízkou vnitřní lokalizací kontroly a špatnou náladou, a to napříč celým výzkumným vzorkem.

Studie zabývající se vlivem lokalizace kontroly na zdraví se soustřeďují především na úroveň pocíťované kontroly jedincem. U chronicky nemocných pacientů je ale třeba uvážit i vliv vnímané lokalizace kontroly významných druhých (především ošetřujících zdravotníků) na zdravotní stav jednotlivce. Christensen, Wiebe, Benotsch a Lawton (1996) zkoumali vliv vnímané kompetence, vnitřní lokalizace kontroly jedince a lokalizaci kontroly významných druhých na chování spojené se zdravím a na adherenci k léčbě dialýzou u hemodialyzovaných i peritoneálně dialyzovaných (n=81). Data naznačila, že vnímaná kompetence byla asociována s adherencí k léčbě pouze u pacientů, kteří měli slabou představu vlastní kontroly nad svými zdravotními výsledky a zároveň silné přesvědčení o kontrole zdravotníka.

Výskyt chronického selhání ledvin se vyskytuje třikrát častěji u Afroameričanů než u obecné populace a většina z nich si vybírá hemodialýzu jako možnost terapie, některé studie ale naznačují, že se právě tato populace s terapií vyrovnává lépe a vykazuje vyšší kvalitu života, pravděpodobně díky odlišnostem v sociokulturních faktorech a religiozitě. Zároveň je u této skupiny předpokládána častější externí lokalizace kontroly (Hill, 1971; Price, Owen, 1997 citováno podle Thomas, 2002).

1.4 Coping

Zvýšení zájmu o zvládání zátěže podnítil R.S. Lazarus, jež v 60. letech 20. století publikoval své pojetí stresu. Lazarus předpokládal, že se stres skládá ze tří procesů. V primárním posouzení (primary appraisal) dochází k vyhodnocení hrozby, sekundární posouzení (secondary appraisal) zvažuje potenciální možnosti odpovědi na zátěž. Třetím procesem je coping, jež vykonává konečnou odpověď na stres (1966, citováno podle Carver, Scheier a Weintraub, 1989).

1.4.1 Definice copingu

J. Krivohlavý (1994) rozlišuje adaptaci na stres a zvládání stresu (coping). Adaptací rozumí „vyrovnávání se se zátěží, která je relativně v normálních mezích, v obvyklé, běžné, pro člověka poměrně dobře zvládnutelné toleranci“. Zvládáním se pak chápe boj člověka s nepřiměřenou, nadlimitní zátěží. Nadlimitnost zátěže vysvětluje vzhledem k intenzitě (mimořádně silná zátěž) a k době trvání (mimořádně dlouhotrvající zátěž). Zvládání pak popisuje jako vyšší stupeň adaptace, při které jde o řešení poměrně neobvyklých krizí, těžkých bodů zvratu, kdy nemáme pro řešení těchto problémů dostatečné zkušenosti ani vědomosti. Za copingovou strategii (v širším slova smyslu) je pak považován vypracovaný plán či postup k dosažení určitého cíle, tedy ke snížení zátěže (Krivohlavý, 1994).

R. S. Lazarus a S. Folkmanová (1984, citováno podle Mareš, 2001) charakterizují coping jako stále se měnící kognitivní a behaviorální úsilí jedince zvládnout, popř. tolerovat anebo zredukovat požadavky, jež zatěžují či dokonce převyšují jeho psychické zdroje. Existují teorie, které předpokládají, že copingové strategie nebo styly jsou u jedince stálé v čase i v různých situacích.

Definice P. M. Kohna (1996, citováno podle Mareš, 2001) vymezuje zvládání jako vědomé adaptování se na stresor, čímž se liší od obranné (stresové) reakce, která bývá neuvědomována. Kohn pak rozlišuje copingovou strategii a copingový styl. Copingová strategie zahrnuje reakci na bezprostředně přicházející či už působící, copingový styl je konzistentní způsob, jímž se jedinec vyrovnává se stresory působícími v různé době a v různých situacích. Stresory zahrnují jak každodenní potíže, problémy, tak i traumata a závažné negativní události.

Lazarus a Folkmanová (1980, citováno podle Carver, Scheier a Weintraub, 1989) chápou coping jako dynamický proces, který se s každou zátěžovou situací mění. Vytvoření jediného

copingového stylu by pak bylo kontraproduktivní, protože by jedince zavazovalo k jediné možné odpovědi namísto svobody a flexibility přizpůsobovat se měnícím se okolnostem.

Dalším možným způsobem, jak zvládat stresové situace, jsou obranné mechanismy. Ty jsou však považovány spíše za náhradní, neplnohodnotný způsob zvládání, protože v nich nejde o skutečné řešení situace, ale spíše o jeho náhradu, související s vyrovnáváním se s potlačenými komplexy, zatímco skutečné strategie zvládání směřují ke skutečnému řešení stresové situace a bývají většinou realizovány vědomě (Kebza, 2005).

1.4.2 Copingové zdroje

Copingovými zdroji lze rozumět ty charakteristiky, které umožňují vypořádat se se stresory efektivněji. Mají vliv na různé aspekty copingové situace: hodnocení a interpretaci událostí, uvažování o možných reakcích, volbu určité strategie či úsilí vynaložené při zvládání. Mezi tyto charakteristiky patří např. Rotterův locus of control, Wernerové koncepte resilience, Antonovského sense of coherence, koncepte hardiness S. C. Kobasové, Bandurova self-efficacy, Seligmanova naučená bezmocnost, náboženská víra, smysl pro humor či svědomitost (Křivohlavý, 2001).

Významné je také rozlišení zdrojů zvládání na zdroje extrapersonální a intrapersonální. Mezi extrapersonální zdroje lze zařadit finanční zdroje nebo sociální oporu, mezi intrapersonální pak osobnostní vlastnosti, schopnosti a dovednosti (Kebza, 2005).

1.4.3 Copingové strategie

Za copingovou strategii (v širším slova smyslu) lze považovat vypracovaný plán či postup k dosažení určitého cíle, tedy ke snížení úrovně nežádoucí zátěže (Křivohlavý, 1994).

Vymezení copingových strategií provází dva teoretické přístupy – dispoziční a situační. Dispoziční přístup chápe strategie zvládání stresu jako stabilní predispozici reagovat na stres určitým způsobem. Předpokládá stabilitu preferované strategie zvládání v čase, nezávisle na druhu zátěžové situace.

Situační přístup vyzdvihuje vliv situace jako určující příčiny chování. Tvrdí, že strategie copingu je určena typem situace. R. R. McCrae (1984; citováno podle Baumgartner, 2001) předpokládal, že existují reakce na tři typy stresových událostí: situace jako výzva (*challenge*), jako např. začátek studia, manželství; situace *ohrožení* (*threat*), např. nemoc, nezaměstnanost;

a konečně situace *ztráty (loss)*, např. smrt blízké osoby. V případě výzvy očekává aktivní a adaptivní odpovědi. Tento přístup opomíná interindividuální rozdíly, např. ve zkušenostech či postojích.

Interakční přístup vychází ze vzájemné interakce obou předchozích. Předpokládá, že chování v zátěži je funkcí nepřetržitého mnohospěrného procesu interakcí osoby a situace. Na straně osobnosti jsou to kognitivní, motivační a emoční faktory, které mají důležitou úlohu při determinaci chování, a na straně situací se za determinující faktor chování pokládá psychologický význam situace (Baumgartner, 2001).

Lze rozlišit postupy orientované na problém, postupy orientované na prožitky související se stresovou situací, zvláště pak na zvládnutí emocí, a na některými autory vymezovanou skupinu postupů zvládání, zvanou vyhýbavé zvládání (Kebza, 2005) či strategií orientovanou na únik (Baumgartner, 2001). První dvě strategie vychází z klasického rozdělení R. S. Lazaruse a S. Folkmanové, kteří vytvořili jeden z prvních dotazníků týkajících se copingu, *Ways of coping* (1985; citováno podle Carver, Scheier a Weintraub, 1989).

Zaměření na problém (problem-focused coping) zahrnuje úsilí působit na prostředí, měnit ho. Zahrnuje takové projevy chování, jako je analýza problému, sestavení plánu postupu, aktivní samostatné jednání. *Zaměření na emoce (emotion-focused coping)* zahrnuje úsilí ovlivňovat vlastní emocionální reakce, snižovat distres, který je se zátěžovou situací spojen (Baumgartner, 2001; Carver, Scheier a Weintraub, 1989). Obsahuje expresivní vyjadřování emocí, reinterpretaci jevů, přijetí situace, ale i popření. Mezi oba typy strategií lze zařadit vyhledávání opory u ostatních lidí, protože jedinec může při vzájemné interakci získat mimo emocionálního posílení i informace o způsobu řešení problému (Baumgartner, 2001). Třetí strategie orientovaná na únik (*avoidance – oriented coping*) obsahuje činnosti a změny zaměřené na vyhýbání se stresové situaci cestou odvracení pozornosti a vyhýbání (Endler, Parker, 1999 citováno podle Kebza, 2005).

Carver, Scheier a Weintraub (1989) považují výše uvedené rozdělení copingu na tři základní strategie za nedostačující. Vytvořili vlastní dotazník – COPE, který v původní verzi obsahoval 15 škál (60 položek). Zakládá se na teoretickém předpokladu funkčních (adaptivních) a méně funkčních copingových strategií a pokouší se obsáhnout jak dispoziční pojetí copingových strategií, tedy spíše stálé strategie, tak i situační pojetí copingových strategií, které se mohou v různých situacích lišit.

Aktivní coping (active coping) je velmi podobný pojetí na problém orientovaného copingu. R. S. Lazarus, Carver, Scheier a Weintraub ale přidávají další tři škály. Aktivním copingem rozumějí proces aktivního jednání za účelem odstranit stresor nebo zlepšit jeho účinky.

Plánování (planning) zahrnuje přemítání o tom, jak zátěž zvládnout, jakou zvolit strategii, jak problém co možná nejlépe vyřešit. Tato aktivita je zaměřená na problém, ale nejedná se o akci či jednání. Tato strategie se vyskytuje v sekundárním posouzení (secondary appraisal), zatímco aktivní coping se nachází ve fázi copingu.

Potlačení ostatních aktivit (suppression of competing activities) představuje soustředění pozornosti na zátěž. Ostatní rozptylující aktivity jsou minimalizovány.

Sebeovládání či zdrženlivost (restraint coping) je někdy nutná a funkční odpověď na stres. Znamená čekání s odpovědí na stres na vhodnou příležitost, nejednat předčasně.

Vyhledávání instrumentální sociální opory (seeking social support for instrumental reasons) obsahuje vyhledávání rady, pomoci nebo informace a jedná se o způsob zvládání zátěže orientované na problém.

Vyhledávání emoční sociální opory (seeking social support for emotional reasons) zahrnuje získání morální podpory, sympatie a porozumění. Toto je aspekt copingu zaměřeného na emoce.

Zaměření na emoce a jejich projevení (focusing on and venting of emotions) může už být považováno za maladaptivní strategii, pokud brání přizpůsobení se (Felton, Revenson a Hinrichsen, 1984, citováno podle Carver, Scheier a Weintraub, 1989).

Stažení se čili rezignace (behavioral disengagement) patří k dysfunkčním strategiím a znamená snížit úsilí či vzdát se pokusů vyrovnat se se stresorem.

Mentální rezignace (mental disengagement) zahrnuje např. aktivity za účelem rozptýlení se, denní snění, spánek či ponoření se do sledování televize.

Pozitivní přehodnocení a růst (positive reinterpretation and growth) je strategie zahrnována do copingu zaměřeného na emoce, ale může i pomoci jedinci pokračovat v copingových strategiích zaměřených na problém.

Popření (denial) se může jako odpověď na stres vyskytnout v primárním posouzení stresoru (primary appraisal) a názory na jeho přínos se liší.

Přijetí (acceptance) je chápáno jako opak popření.

Obrácení se k víře (turning to religion) může sloužit jako emoční podpora, prostředek k pozitivní reinterpetaci a růstu a způsob aktivního copingu.

Posledními škálami je *užívání alkoholu a drog (alcohol – drug disengagement)* a *humor (humor)*.

Carver, Scheier a Weintraub (1989) zmiňují další proměnné, které mohou způsob copingu ovlivňovat. Aktivní coping převažuje u optimistů, vyššího self-esteemu, hardiness a také tehdy, pokud je situace považována za kontrolovatelnou. U kontrolovatelné situace se vyskytuje častěji také plánování a potlačení ostatních aktivit, méně často pak vyhledávání instrumentální sociální opory. Není-li situace pod kontrolou, u pesimistů, nižšího hardiness a self-esteemu převažují alternativní strategie jako popření či rezignace. Přijetí a popření se pak vyskytuje spíše v nekontrolovatelných situacích. Zaměření na emoce a jejich projevení bylo opačně asociováno s vnitřním locus of control.

Kratší verze dotazníku – Brief COPE (Carver, 1997), využívána v empirickém šetření diplomové práce, obsahuje 14 škál (28 položek). Škála *pozitivní přehodnocení a růst* se změnila na *pozitivní pohled na věc (positive reframing)*, *zaměření se na emoce a jejich projevení* se změnila na *dát průchod náladě (venting)*, *mentální rezignace* se stala *rozptýlením se (self – distraction)*. Přibyla jedna škála - *obviňování se (self – blame)*, která predikuje nevhodné *přizpůsobení se (adjustment)* stresu. Dvě škály byly z dotazníku odstraněny. Reliabilita dotazníku Brief – COPE byla zjišťována u obětí hurikánu Andrew.

1.4.4 Coping u chronicky nemocných a dialyzovaných pacientů

Výše zmíněná studie zabývající se vztahem copingového stylu, lokalizace kontroly a psychického distresu u pacientů s chronickou bolestí popsala souvislost mezi autory nazývaným negativním stylem copingu (vyhýbáním), nízkou vnitřní lokalizací kontroly a špatnou náladou (Arraras, Wright, Jusue, Tejedor a Calvo, 2002).

Dotazník Brief - COPE využily k zjištění copingu u dialyzovaných pacientů na Slovensku E. Gurková a A. Muchnáčová (2008). Autorky se zaměřily na zjištění rozdílů ve využívání strategií zvládání zátěže z hlediska demografických a klinických údajů. Do výzkumu zahrnuly 45 pacientů ze šesti dialyzačních center na Slovensku. Nejčastěji využívanou strategií bylo *přijetí onemocnění* následované plánováním. Zajímavé bylo, že *instrumentální* a *emoční*

sociální opora se nacházely až v druhé polovině pořadí strategií. Rozdíly ve využívání strategií byly zjištěny z hlediska věku (ve strategiích *pozitivní reinterpretace a růst*, která byla využívána spíše u mladších pacientů a *sebeobviňování*, vyskytující se spíše u pacientů starších) a pohlaví (ve strategiích *využívání náboženství*, *dávání průchod emocím* a *sebeobviňování*, které se vyskytovaly více u žen).

1.5 Deprese

Deprese byla hlavním tématem 20. výročí Dne duševního zdraví Světové zdravotnické organizace (World Health Organization, WHO) v roce 2012. Depresivní porucha může postihnout kohokoli a je jednou z nejrozšířenějších nemocí, která se často vyskytuje společně s dalšími vážnými onemocněními. Podle WHO byla v roce 2004 unipolární depresivní porucha třetí největší celosvětovou zdravotní zátěží a očekává se, že se v roce 2030 ocitne na prvním místě. Zdravotní zátěž (global burden of disease) je odrazem ztracených let dožití způsobená předčasnou úmrtností v populaci a ztracená léta z důvodu jiného než plného zdraví. Depresivní porucha je vedoucí příčinou neschopnosti (*disability*, definována WHO jako omezení nebo ztráta schopnosti zabývat se normálními aktivitami z důvodu dané poruchy), a to především u žen (o 50% více než u mužů), jak z rozvojových, tak z vyspělých států světa (World Federation of Mental Health, 2012).

Odhaduje se, že deprese postihuje celosvětově až 350 miliónů lidí. Přibližně jeden z dvaceti lidí v 17 zemích světa přiznávali depresivní epizodu v předešlém roce. Depresivní porucha často začíná v mladém věku a často se vrací. Prevalence se pohybuje od přibližně 3 % v Japonsku do 16,9 % v USA, většina zemí se pohybuje mezi 8 a 12 procenty (World Federation of Mental Health, 2012). Smolík (2002) odhaduje prevalenci depresivní poruchy u dospělých na 5 – 9 % u žen a 2 – 3 % u mužů. Depresivní porucha začíná nejčastěji mezi 25. a 35. rokem věku a riziko rekurence po prodělání jedné depresivní epizody se odhaduje na 50%. 10 – 15% případů sebevražd v České republice je důsledkem poruchy nálad (Bareš, Praško, 2004).

Mezi rizikové faktory lze podle WHO zahrnout pohlaví, chudoba, sociální nevýhody, např. nízký stupeň vzdělání, genetická predispozice, expozice násilí, být rozvedený nebo žijící odděleně a jiné chronické onemocnění (World Federation of Mental Health, 2012).

1.5.1 Definice deprese

WHO (2012) definuje depresi jako častou duševní poruchou, charakterizovanou smutkem, ztrátou zájmu nebo potěšení, pocity viny nebo méněcennosti, poruchami spánku či chuti, pocity únavy a špatnou koncentrací pozornosti. Deprese může být chronická nebo rekurentní a podstatně ovlivňovat schopnost jedince fungovat v práci nebo ve škole a zvládat každodenní život. V krajním případě může vést k sebevraždě. Kromě toho je často doprovázena úzkostnými příznaky. Všechny tyto problémy mohou vést k podstatnému zhoršení schopností jedince se postarat o sebe sám a o své každodenní povinnosti (World Federation of Mental Health, 2012).

Depresivní epizoda by měla trvat alespoň dva týdny a pro diagnózu depresivní poruchy stačí jedna zřetelně vyjádřená a časově ohraničená epizoda. Podle intenzity a množství příznaků lze rozlišit mírnou, střední a těžkou formu deprese (Smolík, 2002).

Deprese se jako duševní onemocnění řadí do skupiny afektivních poruch a je spojena s dlouhým trváním epizody, vysokou chronicitou, častými relapsy, narušením v psychosociální a tělesné oblasti a s vysokou suicidalitou (Češková, 2001).

1.5.2 Příznaky a diagnostika

Deprese se z psychiatrických onemocnění vyskytuje nejčastěji v komorbiditě s úzkostnými poruchami, dále pak u schizofrenie, organických poruch apod.

Základním příznakem je smutná nálada, která trvá alespoň dva týdny a je udávána subjektivně nebo objektivně pozorována. Nálada bývá pesimistická, mohou být přítomny pocity zoufalství, beznaděje a bezvýchodnosti. Mezi další významné příznaky patří ztráta zájmu a schopnosti prožívat radost, pokles energie a zvýšenou míru únavy, které vedou k poklesu výkonu. Dále lze zařadit pocity viny, sebeobviňování, ztrátu sebedůvěry, problémy s koncentrací pozornosti, nerozhodnost, poruchy spánku, změny chuti k jídlu a v sexuální apetenci a změny psychomotorického tempa - agitovanost nebo zpomalenost. Pro diagnózu lehké depresivní poruchy musí být přítomny minimálně čtyři z deseti uvedených, střední depresivní poruchy šest a těžké osm z deseti uvedených příznaků (Češková, 2001).

Lze rozlišit depresivní poruchu s nebo bez somatického syndromu. Mezi somatické symptomy patří poruchy spánku s probouzením dvě nebo více hodin před obvyklou dobou,

ranní pesima, snížení chuti k jídlu s úbytkem hmotnosti o 5% nebo více za poslední měsíc, snížení libida, nedostatek emoční reaktivity a změny v psychomotorickém tempu (Bareš, Praško, 2004; Češková, 2001).

Odhaduje se, že 10 – 15 % případů sebevražd souvisí s poruchami nálad (Bareš, Praško, 2004) a asi 2/3 nemocných depresivní poruchou má suicidální myšlenky. U nejtěžších depresí často chybí motivace a energie k impulzivnímu nebo násilnému jednání a se zlepšením může paradoxně nemocný energii k realizaci suicidálního plánu získat. Před realizací suicida prochází řada nemocných určitými fázemi (presuicidální syndrom). Na počátku jsou pouze fantazijní představy, které postupně nabývají konkrétní podoby. Nemocný se jim zpočátku brání, takzvaně vysílá svému okolí signály o pomoc, které však často nejsou poznány. Se zrajícím rozhodnutím dochází postupně k paradoxnímu zklidnění. Při stanovení suicidální symptomatologie je nutné mít na paměti, že informace nemocného jsou zkreslené depresí a je nezbytné je porovnat s údaji z okolí nemocného (Češková, 2001).

V diagnostice depresivní poruchy je důležité nejprve vyloučit somatické příčiny deprese. Existuje mnoho tělesných a neurologických chorob, farmak a návykových látek, které mohou imitovat obraz poruch nálady, nejčastěji deprese. Klíčová je pečlivá anamnéza včetně objektivní anamnézy, somatické, neurologické a laboratorní vyšetření. Odlišení depresivní poruchy od somatického a neurologického onemocnění by nemělo činit závažnější problémy, obtížnější je při tomto onemocnění poznat depresivní symptomatologii (Češková, 2001). Rozhovor by se měl týkat výše uvedených příznaků depresivní poruchy.

K hodnocení depresivní poruchy se často používají různé škály. Lze je rozdělit na sebeposuzovací a posuzovací. Beckova sebeposuzovací škála depresivity (BDI, Beck Depression Inventory) je využívána v zahraniční psychologii jako osvědčená, citlivá a validní, a to i ve východních kulturách. V Zungově dvacetipoložkové sebeposuzovací škále deprese vyjadřuje tázaný míru potíží na čtyřbodové škále. Podmínkou aplikace sebehodnotící škály je vzdělanost, kooperace a menší intenzita poruchy. K posuzovacím škálám patří Hamiltonova škála pro depresi (HAMD, Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression) s 21 položkami a škála Montgomeryho a Asbergové (MADRS, Montgomery Asberg Depression Rating Scale) s 10 položkami (Roth, Preiss a Urbanová, 1999).

1.5.3 Diferenciální diagnostika

Diferenciální diagnostika depresivní poruchy zahrnuje následující:

Demenci - demence se oproti depresi liší pomalým začátkem i progresí, trvale špatným kognitivním deficitem, který nemocný skrývá, desorientací, nočním neklidem. Naproti tomu přicházejí příznaky deprese poměrně náhle s rychlou progresí, kognitivní výkon je proměnlivý a jeho porucha reverzibilní, orientace bývá zachována. Poruchy spánku jsou příznačné ranním buzením (Bareš, Praško, 2004). U deprese porucha nálady obvykle předchází kognitivnímu potíží. U demence příznaky, především dezorientace, vrcholí ve večerních hodinách, u deprese bývá maximum příznaků v hodinách ranních. Obecně lze říci, že pro praxi je důležitější rozpoznat depresi a léčit ji než diagnostikovat demenci (Češková, 2001).

Poruchy nálad při somatickém onemocnění – sekundární deprese – např. nádorová onemocnění (především nádory produkující hormony), poškození centrální nervové soustavy (např. hepatická encefalopatie, uremie, roztroušená skleróza), infekce (např. encefalitidy, syfilis), endokrinní poruchy (především hypofunkce štítné žlázy, dále poruchy funkce nadledvin, hypofýzy), deficity (např. thiaminu) atd. (Smolík, 2002).

Depresivní syndrom navozený psychoaktivními látkami – obraz intoxikace nebo abstinenčního syndromu, který by měl po залечení základního onemocnění vymizet.

Schizofrenie - deprese se vyznačuje výskytem psychotických příznaků na vrcholu symptomatiky. Obsahem depresivních bludů jsou pocity viny, bída, zájem o vlastní tělo a perzekuční bludy (Češková, 2001).

Schizoafektivní poruchy

Dysthymie – průběh je oproti depresi mírnější, vleklý, velmi dlouho trvající, nikdy se nevyskytují halucinace nebo bludy (Smolík, 2002).

Poruchy přizpůsobení – pokud zřetelně souvisí se zátěžovými okolnostmi (Smolka, 2002).

Bipolární afektivní poruchy – manická či hypomanická fáze vylučuje depresivní poruchu.

Zármutek – např. po ztrátě blízké osoby, by měl vymizet do přibližně 2 měsíců a nevyskytují se zde suicidální myšlenky.

Poruchy osobnosti – příznaky deprese se mohou vyskytovat v rámci maladaptivních vzorců chování nejčastěji hraniční osobnost. Depresivní afekt u hraniční osobnosti je měnlivý, reaguje na zevní vlivy, v průměru převažující dysforie se rychle mění na základě stimulace nebo intervence (Češková, 2001).

1.5.4 Etiologie a patogeneze

Neexistuje jednoznačný výklad vzniku depresivní poruchy. Za prokázané se považují neurochemické změny, není ale zřejmé, zda je jejich role etiologická, nebo zda doprovázejí určité příznaky. Lze rozlišit biologické a psychosociální faktory (Smolík, 2002).

Biologické faktory

Genetické faktory – uvádí se 1,5 – 3krát vyšší výskyt depresivní poruchy oproti celkové populaci u biologických příbuzných prvního stupně, kteří trpí depresivní poruchou (Smolík, 2002).

Neurochemické faktory – s depresivní poruchou nejčastěji souvisí změny v dostupnosti a metabolismu noradrenalinu, serotoninu, acetylcholinu, dopaminu a kyseliny gama – aminomáselné (Bareš, Praško, 2004; Smolka, 2002).

Receptory – změny se týkají počtu, afinity a senzitivity receptorů (Bareš, Praško, 2004; Smolka, 2002).

Imunoneuroendokrinní abnormality – u depresivní poruchy se vyskytuje častěji dysregulace ve smyslu zvýšené aktivace hypothalamo – hypofýzo – adrenální osy a s tím spojená vyšší hladina kortizolu. Význam ostatních hormonů (růstového hormonu, prolaktinu, testosteronu, luteinizačního hormonu) není znám (Smolka, 2002).

Neurofyziologické abnormality – odlišnosti spánkového EEG u duševní poruchy mohou přetrvávat u neléčené deprese i v období remise nebo mohou depresivní epizodě předcházet (Smolka, 2002).

Chronobiologie – pozorování se týkají desynchronizace biologických rytmů (Bareš, Praško, 2004).

Psychosociální faktory

Další možnost výkladu etiopatogeneze depresivní poruchy nabízí psychologické teorie, např. behaviorální, kognitivně – behaviorální, psychoanalytická teorie atd. Vycházejí z častosti výskytu určitých osobnostních rysů u depresivních pacientů. Psychoanalytická teorie vychází z fixace v orálním stádiu, kdy vyvolávacím faktorem může být domnělá nebo skutečná ohrožující ztráta, např. ztráta milovaného objektu. Pokud se jedinci nedostává stálého ujišťování a podpory, objevuje se depresivní symptomatika. Behaviorální teorie vychází z koncepce nedostatku sociálních dovedností, kdy pokles odpovědi na pozitivní podmiňování vede k dysforii a snížení schopnosti prožívat pozitivní zážitky vede k depresivní symptomatice. V kognitivně – behaviorální teorii vede k depresi aktivace depresivních dysfunkčních kognitivních schémat (Bareš, Praško, 2004).

Moderní teorie deprese vychází ze součinnosti dědičných vlivů, narušení vnitřních rytmtů, nadměrného stresu v dětství a dospívání a biochemických změn v centrální nervové soustavě.

1.5.5 Klasifikace

V minulosti byla rozlišována endogenní a larvovaná deprese. Za endogenní byla označována deprese vzniklá bez zjiitelných zevních příčin, larvovaná deprese zahrnovala v soudobé klasifikaci pojaté somatoformní poruchy, tzn. tělesné obtíže, které svým průběhem, prognózou a opovědí na terapii depresi připomínaly (Smolík, 2002).

Klasifikace depresivní poruchy vychází jak v MKN – 10 (Mezinárodní klasifikaci nemocí – 10. revize), tak v DSM – IV (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické společnosti – 4. revize) ze základního projevu – depresivních epizod, které jsou vymezeny okruhem příznaků (Smolík, 2002).

Z hlediska závažnosti lze rozlišit depresivní poruchu na lehkou, střední a těžkou. Dále oba manuály rozlišují přítomnost nebo nepřítomnost somatického syndromu (v DSM – IV melancholických rysů) a psychotických příznaků. Ty buď odpovídají, nebo neodpovídají náladě (Smolík, 2002). Mezi somatické symptomy patří poruchy spánku s probouzením dvě nebo více hodin před obvyklou dobou, ranní pesima, snížení chuti k jídlu s úbytkem hmotnosti o 5% nebo více za poslední měsíc, snížení libida, nedostatek emoční reaktivity a změny v psychomotorickém tempu (Bareš, Praško, 2004; Češková, 2001). Pro diagnostiku

somatického syndromu musí být přítomny alespoň čtyři z výše uvedených příznaků (Smolík, 2002).

1.5.6 Terapie depresivní poruchy

Terapie depresivní poruchy lze rozdělit na biologickou a nebiologickou. Biologická terapie zahrnuje farmakoterapii a nefarmakologické postupy, nebiologická terapie pak psychoterapii a psychoedukaci.

Farmakologická léčba depresivní poruchy prochází rychlým vývojem. Lze rozlišit kauzální terapii antidepresivy, symptomatickou terapii anxiolytiky a hypnotiky a terapii antipsychotiky při agitaci a psychotických příznacích.

Tricyklická a tetracyklická antidepresiva jsou jako první generace antidepresiv zlatým standardem, u kterých byla prokázána antidepresivní účinnost. Nevýhodou je riziko úmrtí v případě intoxikace. Druhou generaci tvoří heterocyklická antidepresiva. Třetí generaci tvoří inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), u kterých byla také prokázána antidepresivní účinnost. Inhibitory monoaminoxidáz (MAO) jsou vhodné u atypické formy deprese, nevýhodou zůstává nutnost dietních opatření. Čtvrtou generaci tvoří inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (SNRI) mající rychlejší nástup účinku, při náhlém vysazení může dojít k odvykacímu stavu. Poslední skupinu tvoří antidepresiva blokující α_2 – adrenoreceptory, které příznivě působí u insomnie, tenze a anxiety (Motlová, 2007).

Nefarmakologická léčba zahrnuje *elektrokonvulzivní terapii*, která je obzvláště účinná u těžkých depresivních poruch, *fototerapii*, kdy se aplikuje jasné umělé světlo (2500 luxů) v ranních hodinách, *repetitivní transkraniální magnetickou stimulaci*, což je neinvazivní metoda umožňující indukovat metabolické změny v relativně malé oblasti mozkové kůry, *stimulaci nervus vagus* u refrakterní deprese a *spánkovou deprivaci*, která může ovlivnit rychlost nástupu účinku antidepresiv, zlepšení ovšem trvá pouze krátce (Motlová, 2007).

Deprese, ať už v rámci depresivní epizody či periodické depresivní poruchy, vyžaduje kromě farmakoterapie i terapii psychoterapeutickou. Psychoterapie může být účinná i během následné léčby. Existuje celá řada metod vycházející z navzájem se lišících psychoterapeutických systémů. Problémem nadále zůstává otázka průkazu účinnosti podle

kritérií evidence - based medicine. Postupy vycházejí z různorodých teorií a jejich výsledky pak můžeme sledovat rozdílnou metodikou (Kryl, 2006).

Léčba pacienta s depresivní poruchou může probíhat *ambulantně* (klinický psycholog, psychoterapeut) s možnostmi individuální, skupinové nebo systemické psychoterapie, dále formou *denních stacionářů* (individuální, komunitní a skupinové psychoterapie s arteterapií, relaxací a podobnými technikami) a za *hospitalizace* (Kryl, 2006).

Kryl (2006) poskytl přehled společných vlastností psychoterapeutických přístupů napříč teoriemi. Všechny směry se snaží o podporu pacienta, redukci sociální izolace, zprostředkování naděje, o změny v prožívání, přijetí a uvědomění si emočního prožitku a o nové emocionální odpovědi. Pokouší se o změny v postojích k sobě samému, ke světu, ke vztahům a následné změny v chování a jednání.

Analytické a dynamické směry pracují s aspekty viny a studu, s aspekty vztahů rodič – dítě, s tematizací problému odloučení a ztrát. Interpersonální a dynamické směry využívají emočně – korektivní zkušenost (Kryl, 2006).

Psychoterapeutické směry se snaží o změny v myšlení např. kognitivním zpracováním emocí, zvědomováním depresivně zkresleného myšlení a stereotypních kognitivních schémat. Edukací a učním se novým vzorcům myšlení se zabývají kognitivní směry a kognitivně – behaviorální terapie, KBT. Behaviorální směry a KBT učí asertivitě, sociálním a komunikačním dovednostem a novým, aktivnějším způsobům chování a jednání (Kryl, 2006).

Analytické, dynamické, humanistické a existenciální směry se pokouší o změny v sebepojetí – odstranění inkongruencí mezi traumatickými zážitky a sebeobrazem, zvědomení, zpracování a integrace traumatických zážitků (Kryl, 2006).

Humanistické a existenciální směry povzbuzují sebeakceptaci a posilují sebevědomí, sebedůvěru a sebeúctu. Orientují se na životní smysl a žebříček hodnot, svobodu a převzetí zodpovědnosti za svůj život (Kryl, 2006).

Zaměření na změny v interpersonálních vztazích lze vyzorovat u interpersonálních, dynamických a systemických psychoterapeutických směrů. Působí v oblasti sociální sítě

pacienta, zabývají se vlivem interpersonálních vztahů na depresi a naopak, pokouší se o zpracování a řešení konfliktů a obtíží v mezilidské komunikaci a zkoumají prožívání a zkušenosti z důležitých vývojových i současných vztahů (Kryl, 2006).

Kombinace farmakologické léčby a psychoterapie v léčbě depresivní poruchy je prokazatelně účinnější než použití pouze jedné z metod. Intenzita deprese je základním vodítkem pro volbu léčebného postupu (Smolík, 2002).

1.5.7 Depresivní příznaky u chronických onemocnění a dialyzovaných

Odlišit depresivní poruchy od somatického a neurologického onemocnění a rozeznat depresivní symptomatologii u chronického onemocnění je důležité v kontextu volby správné léčebné strategie.

Depresivní symptomatologie byla srovnávána u 132 pacientů s onemocněním srdce. Skupina byla rozdělena na muže a ženy hispánského a nehispánského původu. Studie se týkala rozdílů ve fyzickém omezení, sociální opoře, copingu a depresivní symptomatice. Pacienti hispánského původu vykazovali více depresivní symptomatiky než pacienti nehispánského původu a ženy vykazovaly více depresivní symptomatiky než muži. Vyšší míra sociální opory byla asociována s nižším výskytem depresivních symptomů, zatímco fyzické omezení bylo spojeno s vyšší mírou depresivity. Bližší analýza ukázala přímý vztah fyzického omezení s depresivními symptomy (Holahan, Moerkbak a Suzuki, 2006).

Další studie se tento model pokusila rozpracovat a zjišťovala determinující vliv sociální opory a aktivního copingu na depresi u pacientů s chronickým onemocněním srdce. Do studie bylo zahrnuto 163 pacientů. Spokojenost se sociální oporou a vyšší procentuální zastoupení aktivních strategií copingu bylo asociováno s nižší úrovní deprese. Tato studie obsáhla i subjektivní vnímání nemoci. Subjektivní pocit ohrožení onemocněním byl silným prediktorem vyšší míry deprese. Vnímání onemocnění jako výzvy nebylo s depresivní symptomatikou nijak spojeno.

Vliv copingu na depresivní symptomatiku u pacientek s karcinomem prsu žijících na venkově a ve městě zkoumal tým Schlegelové, Talleyové, Molixové a Bettencourtové (2009). Do studie bylo zahrnuto celkem 223 žen podstupující radioterapii. Nebyly zjištěny rozdíly v copingu proměnných z hlediska bydliště, ale život na venkově ovlivnil vztah mezi určitými

copingovými odpověďmi a depresivními symptomy – aktivní coping a pozitivní přehodnocení byly záporně spojené s depresivními symptomy. Behaviorální stažení neboli rezignace bylo s mírou depresivní symptomatiky silně spojeno.

Turecká studie hemodialyzovaných pacientů ($n = 104$) našla vliv vnímané sociální opory na depresivní symptomatiku. Vyšší míra vnímané sociální opory byla spojena s nižším výskytem depresivních symptomů a vnitřní lokalizací kontroly (Gencoz, Astan, 2006).

U chronického selhání ledvin byla nalezena souvislost lokalizace kontroly a deprese. Vnitřní lokalizace kontroly byla asociována s nižším výskytem depresivních příznaků u těch pacientů ($n = 96$), kteří neprodělali selhání transplantátu (Christensen, A., Turner, C., Smith, T., Holman, J., a Gregory, M., 1991).

2. Empirická část

V empirické části diplomové práce představuji výsledky výzkumu. První kapitola formuluje předmět a cíle výzkumu. Následují informace ke sběru dat a podrobný popis výzkumného souboru z hlediska demografických údajů, a to nejdříve celého souboru a následně jeho částí, tj. popis skupiny hemodialyzovaných pacientů a skupiny peritoneálně dialyzovaných pacientů. Další část této kapitoly je věnována metodám, které byly k získání dat použity, a způsobu zpracování dat. V poslední kapitole jsou shrnuty výsledky statistického šetření.

2.1 Předmět a cíl výzkumu

Předmětem výzkumné studie jsou rozdíly ve vybraných psychologických proměnných (sociální opora, coping, lokalizace kontroly a depresivní symptomatika) mezi dvěma skupinami pacientů – peritoneálně dialyzovaných a hemodialyzovaných.

Cílem práce je prozkoumat a porovnat vyjmenované proměnné u obou skupin pacientů a zároveň získat ucelenější pohled na problematiku u české populace pacientů s chronickým selháním ledvin.

Konkrétně byly zkoumány následující hypotézy:

Z hlediska sociální opory:

$H_0: \mu_{HD} = \mu_{PD}$ Střední hodnoty proměnné Sociální opora jsou v obou skupinách stejné

$H_1: \mu_{HD} > \mu_{PD}$ Střední hodnota ve skupině HD je vyšší než ve skupině PD

Z hlediska copingu:

$H_0: \mu_{HD} = \mu_{PD}$ Střední hodnoty proměnné Coping jsou v obou skupinách stejné

$H_1: \mu_{HD} < \mu_{PD}$ Střední hodnota ve skupině HD je nižší než ve skupině PD

Z hlediska lokalizace kontroly:

$H_0: \mu_{HD} = \mu_{PD}$ Střední hodnoty proměnné LoC jsou v obou skupinách stejné

$H_1: \mu_{HD} < \mu_{PD}$ Střední hodnota ve skupině HD je nižší než ve skupině PD

Z hlediska depresivní symptomatiky:

H₀: Rozdělení obou skupin je shodné

H₁: Rozdělení obou skupin se liší

2.2 Sběr dat a výzkumný soubor

Při mapování problematiky vybraných psychologických proměnných u pacientů v chronickém dialyzačním programu jsem nejprve zjišťovala současný stav výzkumu. Závěry nalezených studií jsou shrnuty v teoretické části diplomové práce.

V další fázi probíhal výběr metod pro kvantitativní výzkum a překlad jednoho z dotazníků. Dotazníkové šetření bylo doplněno o demografické údaje a úvod.

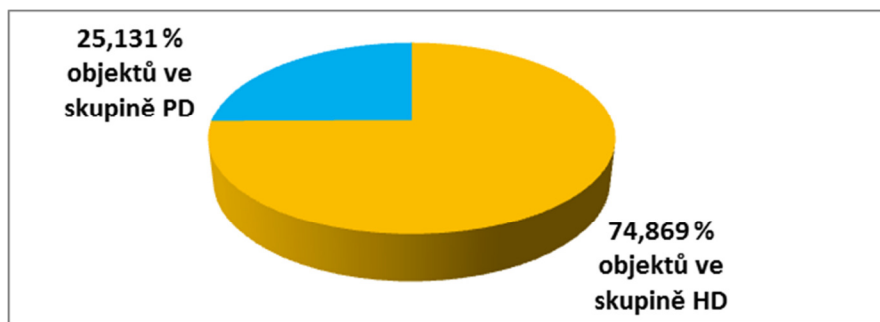
Sběr dat probíhal od listopadu 2012 do února 2013 ve čtyřech dialyzačních centrech v České republice (Hemodialyzační středisko Most, vedoucí lékař MUDr. P. Machek; Fakultní nemocnice v Plzni, vedoucí lékař Doc. MUDr. T. Reischig; Hemodialyzační středisko JK – Trend Stav Plzeň, vedoucí lékař MUDr. J. Wirth a Hemodialyzační středisko Sokolov, vedoucí lékař MUDr. J. Vlasák). Ve Fakultní nemocnici Plzeň byl sběr dat schválen přednostou I. Interní kliniky LF UK v Plzni Prof. MUDr. M. Matějovičem, Ph.D., Etickou komisí FN a LF UK v Plzni a náměstkyní pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň, Ing. Bc. A. Mašínovou, MBA.

Výzkumný soubor byl vybrán metodou příležitostného výběru. Respondenti byli osloveni přímo v dialyzačních centrech v době průběhu terapie či při příchodu na pravidelnou zdravotní kontrolu. Účast v dotazníkovém šetření byla dobrovolná a anonymní.

Kritéria výzkumu byla

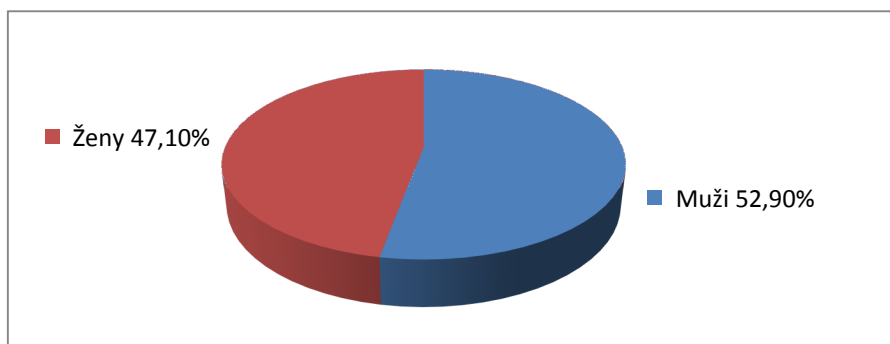
- Věk nad 18 let
- Chronické onemocnění ledvin trvající alespoň 6 měsíců
- Zařazení do chronického dialyzačního programu (HD nebo PD)

Celkem bylo získáno 191 úplných dotazníků, z toho 143 od hemodialyzovaných (HD) a 48 od peritoneálně dialyzovaných (PD) pacientů, viz. Graf č.1. 11 dotazníků se vrátilo neúplných a nebylo zařazeno do dalšího zpracování dat.



Graf č. 1 – Procentuální zastoupení pacientů v dotaznících

V souboru je 101 mužů a 90 žen (47,1 % žen a 52,9 % mužů) (Graf č. 2). Skupinu HD tvoří muži ze 48,25 % a ženy z 51,75 %. Skupinu PD tvoří muži z 66,67 % a ženy z 33,33 %. (Tab. č. 1)



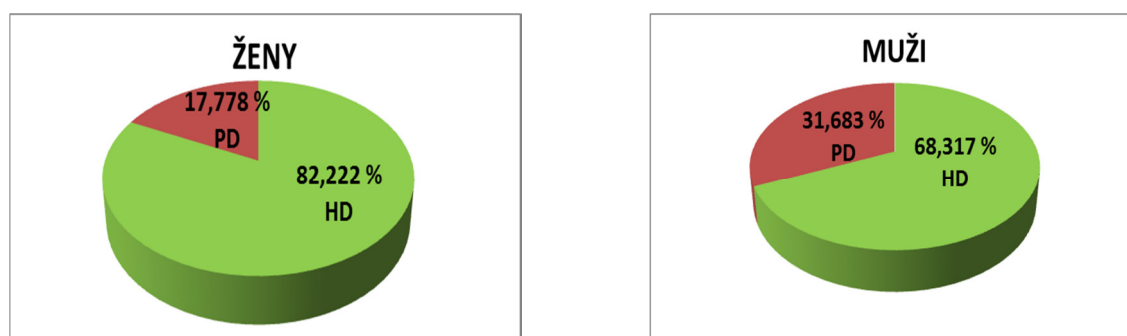
Graf č. 2 – Procentuální zastoupení žen a mužů

	celkem	%	muži	%	ženy	%
HD	143	74,86	69	48,25	74	51,75
PD	48	25,13	32	66,67	16	33,33
celkem	191	100	101	52,88	90	47,12

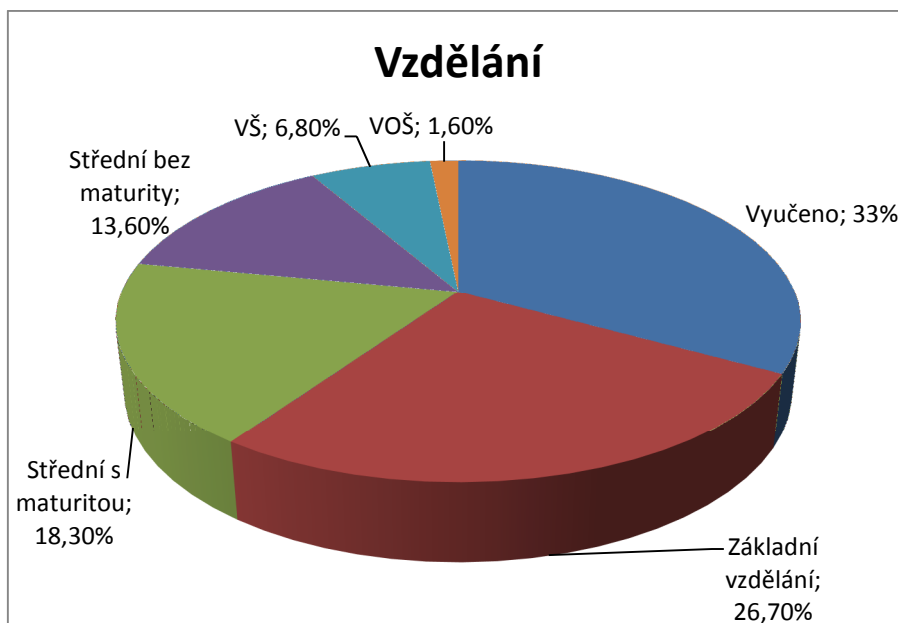
Tab. č. 1 – Procentuální zastoupení pohlaví respondentů ve skupině HD a PD

Srovnáme-li skupiny HD a PD podle pohlaví, nalezneme ve skupině PD více mužů než žen

Graf č. 3 – procentuální zastoupení HD a PD podle pohlaví



Průměrný věk v celé skupině pacientů je 65,12 let. Z celkového počtu dotazovaných je 50 % ve věku do 65 let a 50 % ve věku od 66 let výše. Nejčastější věk dotazovaných v celé skupině je 77 let. Nejmladšímu dotazovanému je 25 let a nejstaršímu 89 let. 25 % respondentů se nachází ve věku do 59 let, 75 % ve věku do 74 let. Průměrný věk žen je 62,68 let, průměrný věk mužů je 67,12 let.

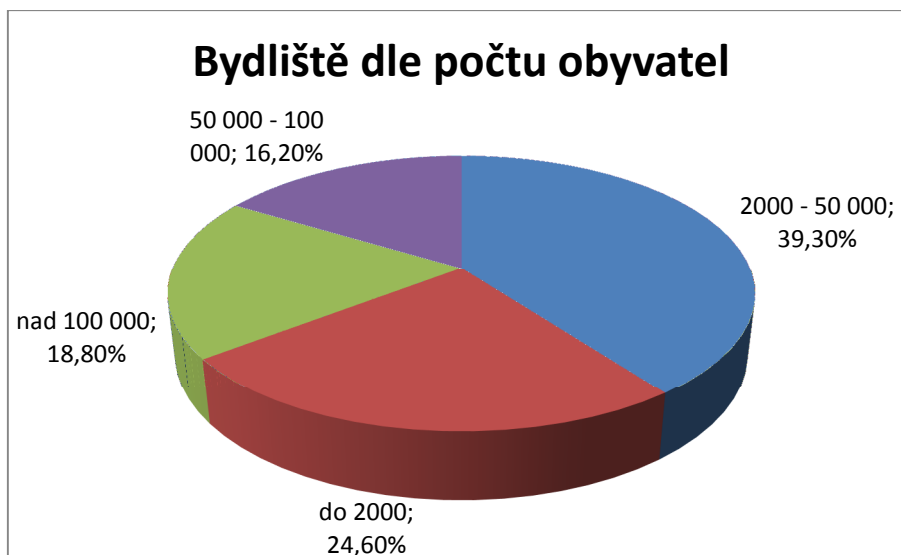


Graf. č. 4 – Vzdělání respondentů

Jak je zřejmé z grafu č. 4 nejvíce, a to 63 pacientů (33 %), je vyučeno bez maturity, 51 (26,7 %) má základní vzdělání, 35 (18,3 %) má střední vzdělání s maturitou, 26 (13,6 %) má vzdělání střední bez maturity, 13 (6,8 %) má vzdělání vysokoškolské a 3 (1,6 %) mají vyšší odborné vzdělání. Ve skupině mužů je vysokoškolské vzdělání zastoupeno více než ve skupině žen (10 mužů, tj. 9,9 %, a 3 ženy, tj. 3,3 %), naopak je tomu u zastoupení vzdělání základního (36 žen, tj. 40 %, a 15 mužů, tj. 14,9 %).

Ve skupině hemodialyzovaných se nachází 43 (32,17 %) osob v invalidním důchodu, 3 osoby (2,1 %) jsou zaměstnané, 1 osoba (0,7 %) v pracovní neschopnosti a 2 osoby (1,4 %) pobírají sociální podporu. 94 osob (65,73 %) pobírá starobní důchod.

Ve skupině peritoneálně dialyzovaných se v invalidním důchodu nachází 17 osob (35,42 %), 1 osoba v částečném invalidním důchodu a pracuje (2,08 %), 1 osoba je samostatně výdělečně činná (2,08 %) a 3 osoby jsou v částečném invalidním důchodu (6,2 %). Jedna osoba pracuje na plný úvazek (2,08 %). 25 osob pobírá starobní důchod (52,08 %).



Graf č.5 – Bydliště podle počtu obyvatel

Nejvíce respondentů, a to 75 (39,3 %), bydlí v obci od 2 000 do 50 000 obyvatel, 47 (24,6 %) bydlí v obci do 2 000 obyvatel, 36 (18,8 %) bydlí ve městě nad 100 000 obyvatel a 31 (16,2 %) ve městě od 50 000 do 100 000 obyvatel. Nejvíce osob, a to 86 (45 %), pochází z Ústeckého kraje, následováno 71 osobami (37,2 %) z Plzeňského kraje, 31 (16,2 %) z Karlovarského kraje a 3 osobami (1,6 %) z hlavního města Prahy. Ve skupině PD bydlí poměrně více osob ve městě nad 100 000 obyvatel (15 osob, tj. 31 % z celkového počtu PD) než ve skupině HD (21 osob, tj. 14 % z celkového počtu HD). Z hlediska bydliště se nenašly významnější rozdíly z hlediska pohlaví.

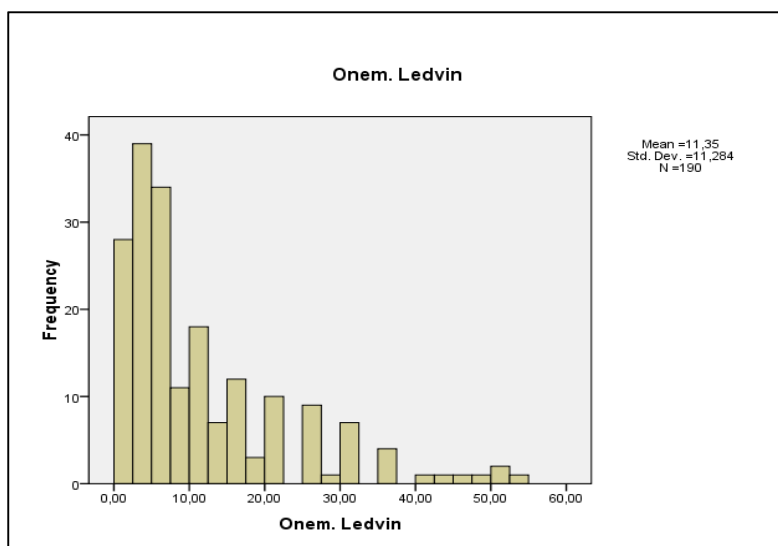
Rodinný stav	HD	HD %	PD	PD %	Celkem	Celkem %
Svobodná/svobodný	14	9,79	2	4,17	16	8,39
Vdaná/ženatý	79	55,25	29	60,42	108	56,66
Rozvedená/ý	14	9,79	7	14,58	21	10,99
Vdova/vdovec	35	24,48	5	10,42	40	20,94
S druhem/družkou	2	2,1	5	10,42	8	4,19

Tab. č. 2 – Procentuální zastoupení podle rodinného stavu

Z hlediska rodinného stavu jsou nejvíce zastoupeny osoby vdané/ženaté s 56,66 %, následovány ovdovělými s 20,94 %, rozvedenými s 10,99 %, svobodnými s 8,39 %. Nejméně osob bylo ve vztahu s druhem/družkou (4,19 %). V souboru HD se v porovnání s PD nachází více ovdovělých (35 vs. 5, tj. 24,48 % vs. 10,42 %).

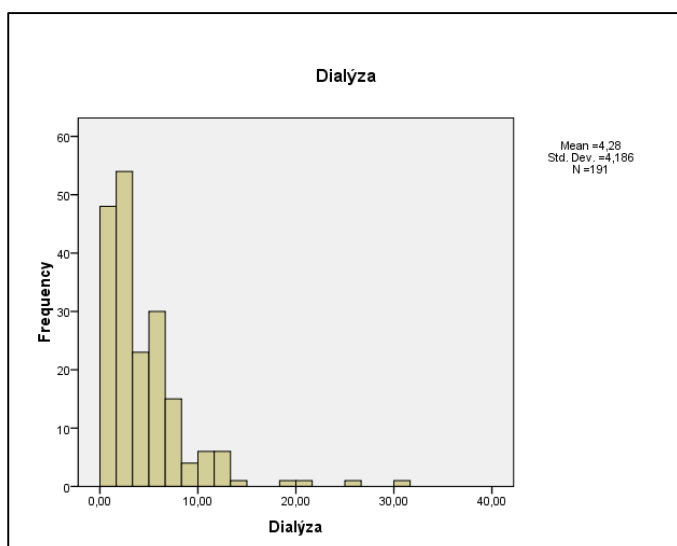
V průměru je onemocnění ledvin u dotazovaných známo 11,35 let. U poloviny je onemocnění ledvin známo do 7 let a u poloviny více než 7 let. Nejčastěji je onemocnění ledvin známo 4 roky. Minimální doba, kdy je známo onemocnění ledvin, je půl roku, a nejvyšší doba je 54

let. U 25 % dotazovaných je onemocnění ledvin známo do 3,87 let, u 75 % je onemocnění ledvin známo nejvýše 16 let. Průměrná doba, po kterou je známo onemocnění ledvin u žen, je 10,45 let. U nejvíce (24) žen je onemocnění ledvin známo mezi 3,33 a 6,67 roky. Průměrná doba, po kterou je známo onemocnění ledvin u mužů, je 12,19 let. U nejvíce (27) mužů je onemocnění ledvin známo mezi 1,76 a 4,12 roky.



Graf č. 6 – Délka známosti onemocnění ledvin

Průměrná doba, po kterou se oslovení pacienti nachází v dialyzačním programu, je 4,285 let. Polovina pacientů se nachází v dialyzačním programu do 3 let, polovina více než 3 roky. Nejčastější doba, po kterou se dotazovaní nachází v dialyzačním programu, je 1 rok. Nejnižší doba, po kterou se objekty nachází v dialyzačním programu, je 0,17 let a nejvyšší doba je 30 let. 25 % pacientů se nachází v dialyzačním programu do 1,5 let. 75 % pacientů se nachází v dialyzačním programu nejvýše 6 let. U žen je průměrná doba, po kterou se nachází v dialyzačním programu, 3,96 let. Nejvíce (27) žen se nachází v tomto programu maximálně 2 roky. U mužů je průměrná doba, po kterou se nachází v dialyzačním programu, 4,45 let. Nejvíce (31) mužů se nachází v tomto programu od 1,67 do 3,3 let.

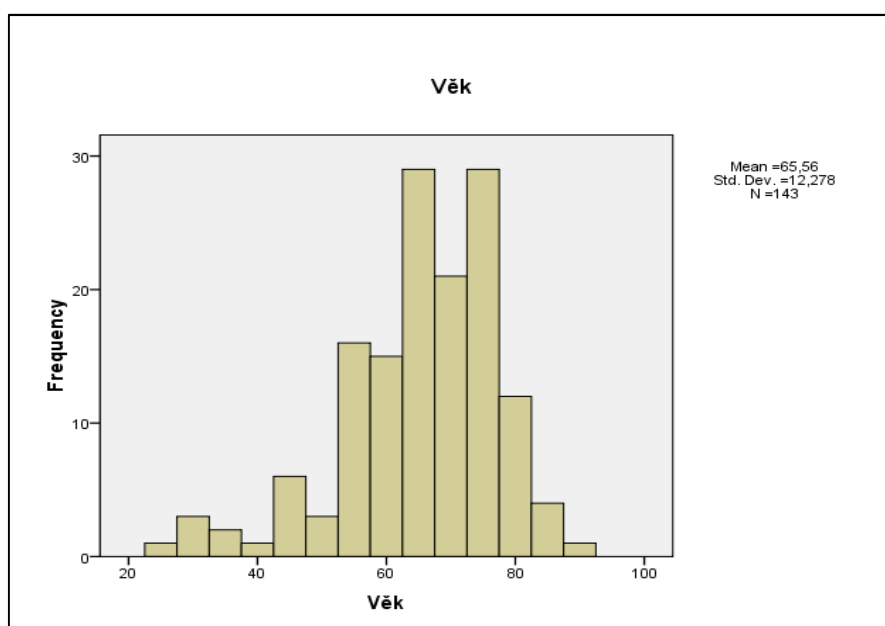


Graf č. 7 – Doba v dialyzačním programu

2.2.1 Hemodializovaní pacienti

Soubor hemodialyzovaných pacientů obsahuje celkem 143 osob. Průměrný věk respondentů je 65,56 let, přičemž 50 % z nich je ve věku do 66 let a 50 % ve věku 67 let a výše. Nejmladšímu pacientovi je 25 let a nejstaršímu 89 let. 25 % pacientů se nachází ve věkovém pásmu do 59 let a 75 % ve věkovém pásmu do 75 let. (Tab. 1.)

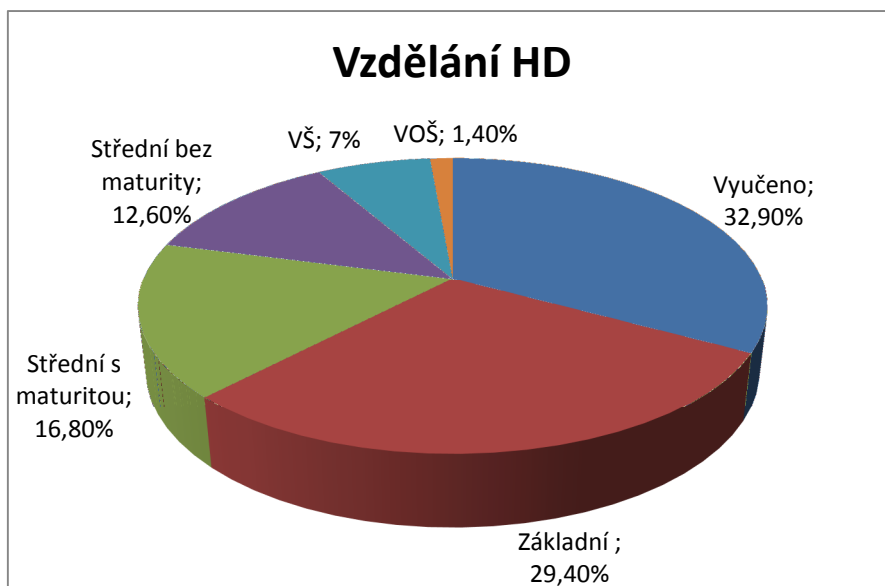
U dvou respondentů chyběly údaje o bydlišti a jeden pacient nedal k dispozici údaje o době trvání onemocnění.



Graf č. 8 – Věk respondentů (HD)

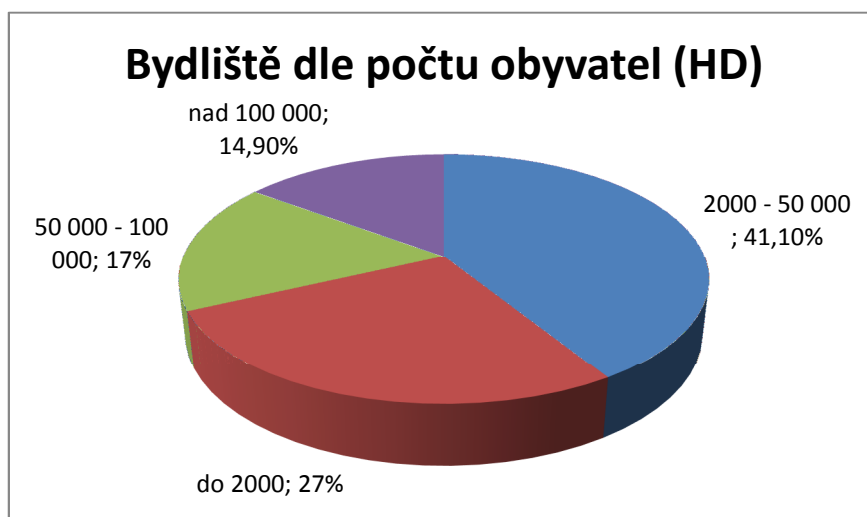
V souboru je 69 mužů (48,3 %) a 74 žen (51,7 %).

Nejvíce osob v souboru (47, tj. 32,9 %) je vyučeno, následováno 42 osobami (29,4 %) se základním vzděláním. 24 osob (16,8 %) má střední vzdělání s maturitou, 18 osob (12,6 %) střední vzdělání bez maturity, 10 osob (7 %) vzdělání vysokoškolské, 2 osoby (1,4 %) vyšší odborné vzdělání. (Graf č. 8)



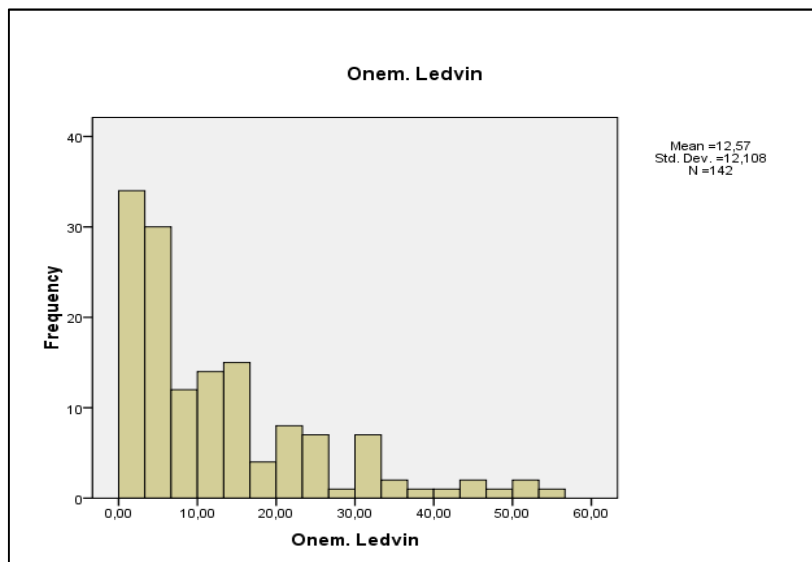
Graf č. 9 – Vzdělání respondentů (HD)

Nejvíce respondentů (58, tj. 41,1 %) bydlí v obci od 2 000 do 50 000 obyvatel, následováno 38 respondenty (27 %), jež bydlí v obci do 2000 obyvatel, 24 (17 %) ve městě od 50 000 do 100 000 obyvatel a 21 (14,9 %) ve městě nad 100 000 obyvatel.



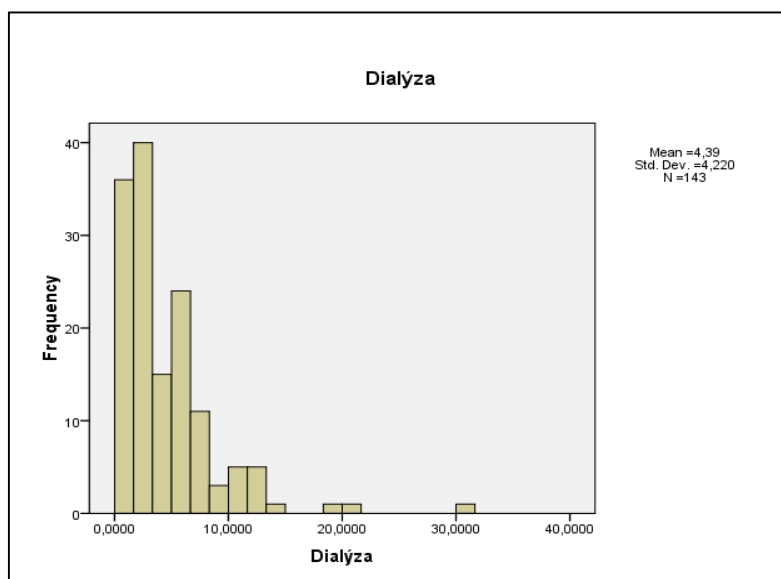
Graf č. 10 – Bydliště podle počtu obyvatel (HD)

Nejvíce dotazovaných, a to 64 (44,8 %), pochází z Ústeckého kraje, následováno 48 osobami (33,6 %) z Plzeňského kraje, 28 osobami (19,6 %) z Karlovarského kraje a 3 osobami (2,1 %) z hlavního města Prahy.



Graf č. 11 – Délka známosti onemocnění ledvin (HD)

V průměru je u dotazovaných onemocnění ledvin známo 12,57 let. U poloviny pacientů je onemocnění ledvin známo do 8 let a u poloviny více než 8 let. Nejčastěji je onemocnění ledvin známo 2 roky. Minimální doba, po kterou je onemocnění ledvin známo, je půl roku a nejvyšší doba je 54 let. U 25 % pacientů je onemocnění ledvin známo do 3,875 let, u 75 % pacientů je onemocnění ledvin známo nejvýše 18,25 let. (Graf č. 11)



Graf č. 12 – Doba v dialyzačním programu (HD)

Průměrná doba, po kterou se respondenti nachází v dialyzačním programu, je 4,39 let.

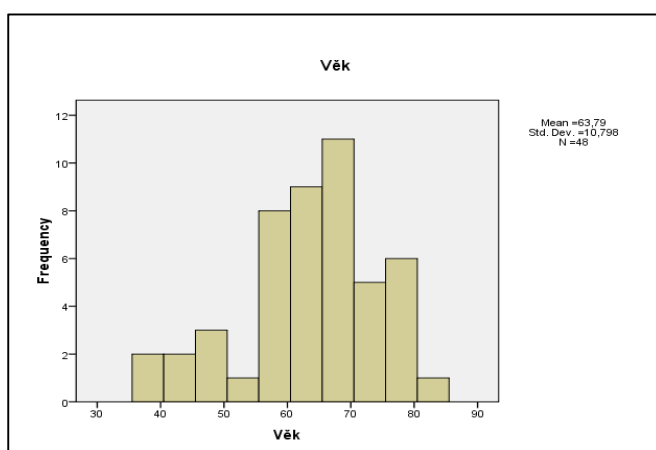
Polovina pacientů se nachází v dialyzačním programu do 3 let, polovina více než 3 roky.

Nejčastější doba, po kterou se pacienti nachází v dialyzačním programu, je 1 rok.

Nejnižší doba, po kterou se pacienti nachází v dialyzačním programu, jsou 2 měsíce, a nejvyšší doba je 30 let. 25 % pacientů se nachází v dialyzačním programu do 1,5 roku a 75 % pacientů se nachází v dialyzačním programu nejvýše 6 let. (Graf č. 12)

2.2.2 Pacienti s peritoneální dialýzou

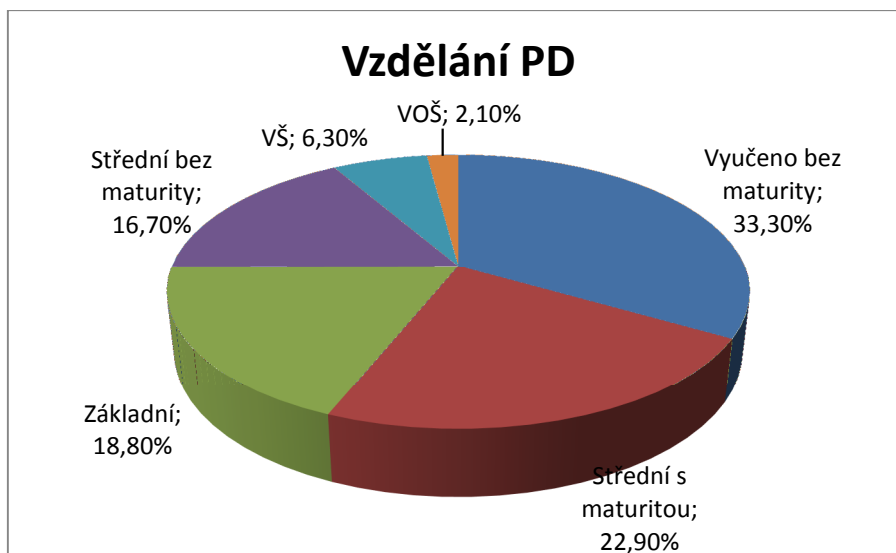
Soubor peritoneálně dialyzovaných (PD) obsahuje 48 pacientů, jejichž průměrný věk je 63,79 let. 50 % respondentů je ve věku do 64 let a 50 % ve věku od 65 let výše. Nejčastější věk je 59 let, nejmladšímu respondentovi je 38 let a nejstaršímu je 85 let. 25 % dotazovaných je ve věku do 59 let, 75 % objektů je ve věku do 71,5 let.



Graf č. 13 – Věk respondentů (PD)

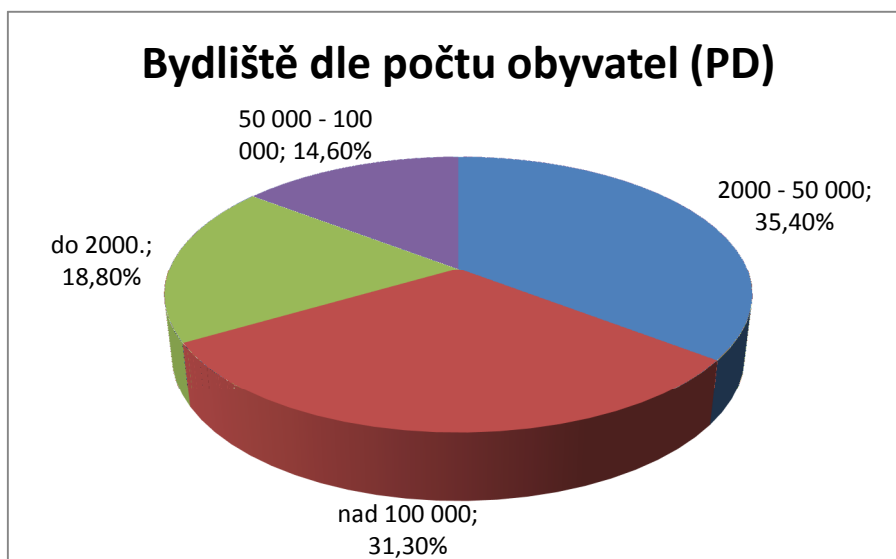
V souboru se nachází 32 mužů a 16 žen (66,7 % mužů a 33,3 % žen).

Nejvíce osob ve vzorku, a to 16 (33,3 %), je vyučeno bez maturity, následuje střední vzdělání s maturitou v počtu 11 osob (22,9 %), 9 osob (18,8 %) má základní vzdělání, 8 osob (16,7 %) střední bez maturity, 3 osoby (6,3 %) vzdělání vysokoškolské a 1 osoba (2,1 %) má vyšší odborné vzdělání.



Graf č. 14 – Vzdělání respondentů (PD)

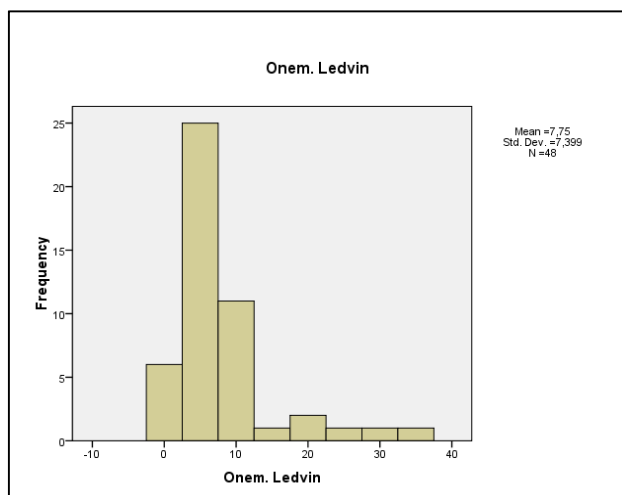
Nejvíce, a to 17 dotázaných (35,4 %), bydlí v obci od 2 000 do 50 000 obyvatel, 15 (31,3 %) bydlí ve městě nad 100 000 obyvatel, 9 (18,8 %) bydlí v obci do 2 000 obyvatel a 7 (14,6 %) bydlí ve městě od 50 000 do 100 000 obyvatel. Skoro stejný počet dotazovaných pochází z Ústeckého a Plzeňského kraje (22 vs. 23, tj. 45,8 % vs. 47,9 %), 3 osoby (6,3 %) pochází z Karlovarského kraje.



Graf č. 15 – Bydliště podle počtu obyvatel (PD)

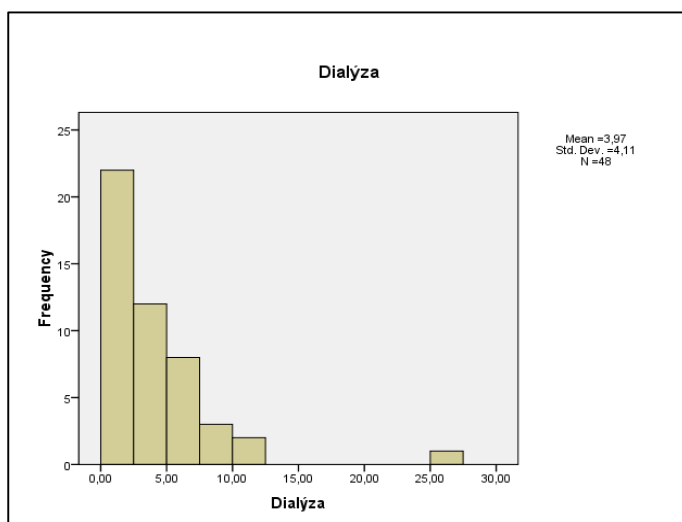
V průměru je známo ve skupině peritoneálně dialyzovaných onemocnění ledvin po dobu 7,75 let. U poloviny z nich je onemocnění ledvin známo do 5 let a u poloviny více než 5 let. Nejčastěji je onemocnění ledvin známo 4 roky. Minimální doba, po kterou je známo

onemocnění ledvin, je půl roku a nejvyšší doba je 37 let. U 25 % z respondentů je onemocnění ledvin známo do 3,25 let a u 75 % je onemocnění ledvin známo nejvýše 9,75 let.



Graf č. 16 – Délka známosti onemocnění ledvin (PD)

Průměrná doba, po kterou se pacienti nachází v dialyzačním programu, je 3,97 let. Polovina se nachází v dialyzačním programu do 3 let, polovina více než 3 roky. Nejčastější doba, po kterou se nachází v dialyzačním programu, je 2 roky. Nejnižší doba, po kterou se pacienti nachází v dialyzačním programu, jsou 2 měsíce a nejvyšší doba je 25 let. 25 % se nachází v dialyzačním programu do 1,25 let, 75 % se nachází v dialyzačním programu nejvýše 5 let.



Graf č. 17 – Doba v dialyzačním programu (PD)

2.3 Metody

Metody byly zvoleny na základě diskuse s vedoucím diplomové práce.

Dotazník demografických údajů

Dotazník demografických údajů zjišťuje věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání a celkový počet let vzdělání, zaměstnání, úvazek, rodinný stav, velikost bydliště, kraj, dobu trvání onemocnění ledvin a dobu trvání dialyzační léčby.

Sociální opora

Ke zjišťování sociální opory byl využit Dotazník sociálních vztahů (SIS, Social Integration Survey, Self-Report Version 1.0 2001 Piedmont Research Institute, Inc.). Zaměřuje se na kvalitu mezilidských vztahů a míru jeho zapojení do společenského života. Obsahuje celkem 57 položek. Ty se dělí na demografickou část, zahrnující základní informace o respondentovi, jako je pohlaví, věk, rodinný stav, typ bydlení a pracovní statut, 6 položek s možností odpovědi *ano – ne* a 48 položek hodnocených na pětibodové Likertově škále, které se týkají devíti aspektů interpersonálního života: blízkých osobních vztahů, kontaktů s neznámými lidmi, společných aktivit, přiměřenosti chování, komunikace, empatie, sebeovládání, hygieny a běžných každodenních činností (Kawata, Revicki, 2007).

Coping

Pro zjišťování copingových strategií byl do češtiny převeden zkrácený dotazník COPE – Brief COPE (Carver, 1997). Překlad z anglického jazyka proběhl profesionálním překladatelem. Za účelem co největší přesnosti byla pak česká verze převedena zpět do angličtiny bilingvní osobou a formulace jednotlivých položek diskutována. Brief – COPE redukuje položky oproti dotazníku COPE na polovinu, tzn. na 2 položky na škálu, dvě škály oproti původnímu neobsahuje a jednu škálu přidává (škála sebeobviňování), obsahuje tedy 14 škál. Odpovědi jsou získávány na čtyřbodové Lickertově stupnici od 1 bodu (*„vůbec takto v zátěžové situaci nejednám“*) po 4 body (*„vždy takto v zátěžové situaci jednám“*). Položky sytící faktory *popírané skutečnosti, dávání průchodu náladě, konzumace alkoholu a drog, rezignace a obviňování se* byly skórovány opačně. Vyhodnocení dotazníku proběhlo kvantitativně, kdy byly bodovány výroky patřící do adaptivního konceptu copingu, za maladaptivní strategie bylo získáno méně bodů.

Lokalizace kontroly

Ke zjištění lokalizace kontroly byla použita vizuální analogová škála. Zadání znělo: „Vyznačte, prosím, kolmou čarou na níže uvedené posuzovací stupnici (úsečka 100 mm), nakolik máte svůj život ve svých rukou (máte jej pod kontrolou, ovládáte směr i rychlost jeho vývoje)“. Respondenti mají na 100 mm dlouhé úsečce graficky znázornit svoji pozici mezi body „vůbec ne – plně“. Čím více se hodnota blíží 0, tím více se předpokládá vnější lokalizace kontroly. Čím více se hodnota blíží 100, tím více se předpokládá vnitřní lokalizace kontroly.

Depresivní symptomatika

BDI je sebeposuzovací škála pro zjišťování depresivních symptomů Aaron T. Becka. Prvně byla uvedena roku 1961 a revidována roku 1971 jako BDI-IA. Aktuálně je používána verze z roku 1996 jako BDI-II (Beck et al., 1999). Obsahuje 21 otázek s výběrem 4 odpovědí, u otázky 16 a 18 je výběr ze 7 odpovědí. Dotazovaný odpovídá na základě příznaků vyskytujících se v posledních dvou týdnech.

2.4 Zpracování dat

Po ukončení sběru dat byly protokoly vyhodnocovány řešitelkou diplomové práce. Data byla převedena do formátu Excel a jednotlivým respondentům byl pro přehlednost přidělen kód. Skupiny peritoneálně dialyzovaných a hemodialyzovaných byly hodnoceny zvlášť. Výsledky byly zpracovány v programu SPSS Statistics 17.0.

Data získaná v dotazníku demografických údajů byla převedena do číselných hodnot.

Dotazník sociálních vztahů byl bodován na Lickertově stupnici 1-5 bodů kromě položek 25 – 30, kde byl udělován 1 bod za odpověď „ano“ na položky 25 až 28 a 1 bod za odpověď „ne“ na otázky 29 až 30. Položky 34, 39, 41, 49, 50, 53, 55 a 56 byly vzhledem k formulaci skórovány opačně. Nejnižší možný počet bodů byl 48, nejvyšší možný počet bodů 246. Demografické údaje byly převedeny do číselných hodnot.

V dotazníku Brief-COPE byly odpovědi hodnoceny na čtyřstupňové Lickertově škále 1 až 4 body, položky 19 až 28 byly skórovány opačně. Výsledky se mohly pohybovat v rozpětí 28 až 112 bodů.

Na vizuální analogové škále lokalizace kontroly byla změřena vzdálenost od levého okraje úsečky a vyjádřena procentuálně (např. 82mm = 82 %). S vyplněním této části dotazníků se vyskytlo nejvíce problémů. Někteří probandi nenanesli na úsečku přímo značku, ale např. šipku nad úsečku, zakreslovali nad úsečku vlastní úsečku o trochu kratší, vepsali odpověď slovně anebo opověď podtrhli v případě, že odpovídali *plně, zcela*. Tyto odpovědi byly akceptovány a zahrnuty do zpracování.

V Beckově sebesposuzovací škále depresivity (BDI – II) bylo možné získat 0 až 63 bodů. 0 až 13 bodů je hodnoceno jako žádná depresivní symptomatika, 14 až 19 bodů jako mírná depresivní symptomatika, 20 až 28 bodů jako středně depresivní symptomatika a 29 až 63 bodů jako těžká deprese.

2.5 Výsledky

K porovnání obou skupin z hlediska vybraných čtyř proměnných je použit test hypotézy o shodě středních hodnot a Mannův-Whitneyův test.

2.5.1 Sociální opora

Byl proveden test o shodě středních hodnot z hlediska proměnné sociální opora (na hladině významnosti 5 %).

$H_0: \mu_{HD} = \mu_{PD}$	Střední hodnoty proměnné SO jsou v obou skupinách stejné
$H_1: \mu_{HD} > \mu_{PD}$	Střední hodnota ve skupině HD je vyšší než ve skupině PD

Průměrná hodnota ve skupině HD	\bar{x}_{HD}	176,1538
Průměrná hodnota ve skupině PD	\bar{x}_{PD}	175,5417

rozptyl ve skupině HD	σ^2_{HD}	649,0393
rozptyl ve skupině PD	σ^2_{PD}	558,0816

počet pozorování ve skupině HD	n_{HD}
počet pozorování ve skupině PD	n_{PD}

Testové kritérium, které má při platnosti testované hypotézy normované normální rozdělení $N(0; 1)$:

$$U = \frac{\bar{x}_{HD} - \bar{x}_{PD}}{\sqrt{\frac{\sigma^2_{HD}}{n_{HD}} + \frac{\sigma^2_{PD}}{n_{PD}}}}$$

po dosazení:
$$U = \frac{176,1538 - 175,5417}{\sqrt{16,16544}} = \frac{0,612179}{4,020627} = 0,15226$$

Kritická hodnota: **1,644854**

Kritickým oborem jsou hodnoty větší než 5% kvantil normovaného normálního rozdělení $u_{0,95} = 1,64485$. Vypočtená hodnota testového kritéria nepatří do kritického oboru, ale do oboru přijetí, takže na hladině 5 % nezamítáme testovanou hypotézu, která tvrdí, že střední hodnoty proměnné SO jsou v obou skupinách stejné.

Statistickým testem nebylo prokázáno, že by střední hodnota proměnné sociální opora ve skupině HD byla statisticky významně vyšší než ve skupině PD.

2.5.2 Coping

H₀: $\mu_{HD} = \mu_P$ Střední hodnoty proměnné Coping jsou v obou skupinách stejné
H₁: $\mu_{HD} < \mu_P$ Střední hodnota ve skupině HD je nižší než ve skupině PD

Průměrná hodnota ve skupině HL	\bar{x}_{HD}	77,32168
Průměrná hodnota ve skupině PD	\bar{x}_{PD}	78,70833

rozptyl ve skupině HD	σ^2_{HD}	125,6448
rozptyl ve skupině PD	σ^2_{PD}	100,8316

počet pozorování ve skupině HD n_{HD}
 počet pozorování ve skupině PD n_{PD}

Testové kritérium, které má při platnosti testované hypotézy normované normální rozdělení $N(0; 1)$:

$$U = \frac{\bar{x}_{HD} - \bar{x}_{PD}}{\sqrt{\frac{\sigma^2_{HD}}{n_{HD}} + \frac{\sigma^2_{PD}}{n_{PD}}}}$$

po dosazení: $U = \frac{77,32168 - 78,70833}{\sqrt{2,979293}} = \frac{-1,38665}{1,726063} = -0,80336$

Kritická
 hodnota: **-1,64485**

Kritickým oborem jsou hodnoty menší než 5% kvantil normovaného normálního rozdělení $u_{0,05} = -1,64485$. Vypočtená hodnota testového kritéria nepatří do kritického oboru, ale do oboru přijetí, takže na hladině 5 % nezamítáme testovanou hypotézu, která tvrdí, že střední hodnoty proměnné coping jsou v obou skupinách stejné.

Nebylo prokázáno, že by střední hodnota proměnné coping ve skupině HD byla statisticky významně nižší než ve skupině PD.

2.5.3 Lokalizace kontroly

$H_0: \mu_{HD} = \mu_P$ Střední hodnoty proměnné LoC jsou v obou skupinách stejné
 $H_1: \mu_{HD} < \mu_P$ Střední hodnota ve skupině HD je nižší než ve skupině PD

Průměrná hodnota ve skupině HD	\bar{x}_{HD}	68,39161
Průměrná hodnota ve skupině PD	\bar{x}_{PD}	72,22917

rozptyl ve skupině HD	σ^2_{HD}	624,1438
rozptyl ve skupině PD	σ^2_{PD}	666,3433

počet pozorování ve skupině HD	n_{HD}
počet pozorování ve skupině PD	n_{PD}

Testové kritérium, které má při platnosti testované hypotézy normované normální rozdělení $N(0; 1)$:

$$U = \frac{\bar{x}_{HD} - \bar{x}_{PD}}{\sqrt{\frac{\sigma^2_{HD}}{n_{HD}} + \frac{\sigma^2_{PD}}{n_{PD}}}}$$

	$68,39161 - 72,22917$	$-3,83756$	
po dosazení $U =$	$\frac{\quad}{\sqrt{18,24679}}$	$\frac{\quad}{4,271626}$	-0,89838

Kritická hodnota: **-1,64485**

Kritickým oborem jsou hodnoty menší než 5% kvantil normovaného normálního rozdělení $u_{0,05} = -1,64485$. Vypočtená hodnota testového kritéria nepatří do kritického oboru, ale do oboru přijetí, takže na hladině 5 % nezamítáme testovanou hypotézu, která tvrdí, že střední hodnoty proměnné lokalizace kontroly jsou v obou skupinách stejné.

Nebylo tímto statistickým testem prokázáno, že by střední hodnota proměnné lokalizace kontroly ve skupině HD byla statisticky významně nižší než ve skupině PD.

2.5.4 Depresivní symptomatika

Vzhledem k tomu, že u depresivní symptomatiky zkoumané pomocí BDI – II nepředpokládáme normální rozložení, byl pro testování rozdílů v průměrech použit Mannův – Whitneyův test. Test je proveden na 5% hladině významnosti.

H₀: Rozdělení obou skupin je shodné

H₁: Rozdělení obou skupin se liší

Nulovou hypotézou (testovanou) je, že rozdělení obou skupin je shodné proti alternativní hypotéze, že rozdělení obou skupin se liší.

$$U_1 = S_1 - \frac{n_1(n_1 + 1)}{2} =$$

$$U_2 = S_2 - \frac{n_2(n_2 + 1)}{2}$$

S₁ Součet pořadí pro první skupinu (H

S₂ Součet pořadí pro druhou skupinu (

n₁ Počet pozorování pro první skupinu (HD)

n₂ Počet pozorování pro druhou skupinu (PD)

Mezi oběma statistikami existuje vzájemný vztah

$$U_2 = n_1 n_2 - U_1$$

n1 = 143
n2 = 48

S1 = 13714,5
S2 = 4621,5

U1 = **3418,5**
U2 = 3445,5

	HD1PD2	N	Mean Rank	Sum of Ranks
BDI	1,00	143	95,91	13714,50
	2,00	48	96,28	4621,50
	Total	191		

Tab. č. 3 – Pořadí statistiky

V tabulce se nalezne kritická hodnota pro stanovené rozsahy souborů a testovanou hypotézu zamítneme, jestliže je menší z čísel U1 a U2 menší, než kritická hodnota.

Test Statistics^a

	BDI
Mann-Whitney U	3418,500
Wilcoxon W	13714,500
Z	-,041
Asymp. Sig. (2-tailed)	,967

Tab. č. 4 - Testové statistiky

P-hodnota je 0,967

V tomto případě je p-hodnota 0,967 > hladina významnosti 0,05, tedy nezamítáme testovanou hypotézu, že rozdělení obou skupin je shodné.

V případě, že rozsah většího souboru je > 30 a rozsah menšího souboru je > 20, pak můžeme použít normální aproximaci:

$$Z = \frac{U_1 - \frac{1}{2}n_1n_2}{\sqrt{\frac{1}{12}n_1n_2(n_1 + n_2 + 1)}}$$

$$Z = -0,04074$$

Pro zvolenou hladinu významnosti je kritickou hodnotou kvantil $u_{1-\alpha/2}$ normovaného normálního rozdělení, které opět najdeme v příslušné tabulce. Hledáme tedy $u_{0,975}$, což je 1,96 (vzorcem v Excelu: 1,959964).

Hodnota testového kritéria Z leží v oboru přijetí, což znamená, že testovanou hypotézu nezamítáme a můžeme tvrdit, že statistickým testem bylo prokázáno, že rozdělení obou skupin je shodné.

Diskuse

V této části diplomové práce se pokusím přiblížit okolnosti, které mohly výsledky práce ovlivnit, a upozornit na možná omezení výzkumu a důvody zkreslení jeho výsledků.

Velikost vzorku

Prvním limitujícím faktorem je velikost vzorku respondentů. K 31. prosinci 2011 bylo v České republice v HD programu léčeno 5615 pacientů, v PD programu 501 pacientů (8,2%). Výzkumný vzorek zahrnoval 191 dialyzovaných, z toho 143 v programu HD a 48 v programu PD (25,13%), výzkumu se tedy zúčastnilo celkem 3,12% všech dialyzovaných v České republice. Nebyly zjištěny žádné statisticky významné rozdíly v sociální opoře, copingu, lokalizace kontroly a depresivní symptomatice u obou skupin dialyzovaných, pro lepší výpovědní hodnotu srovnání vybraných psychologických proměnných by bylo třeba zvýšit počet respondentů především v souboru peritoneálně dialyzovaných.

Charakteristika výzkumného vzorku

Z hlediska demografických údajů se nacházelo trvalé bydliště vzorku především v Ústeckém (45% respondentů) a Plzeňském (37,2% respondentů) kraji. Je možné, že se dialyzovaní pacienti v Praze, na Moravě a ve Slezsku budou ve vybraných psychologických proměnných lišit a výsledky výzkumu tedy nelze přenést na celou českou populaci dialyzovaných pacientů.

Dotazník demografických údajů nabízel 6 položek v souvislosti s rodinným stavem. Vzhledem k odpovědím respondentů, kdy se vícečetné odpovědi vyskytovaly minimálně, lze předpokládat, že se např. rozvedení respektive ovdovělí pacienti žijící v nesezdaném svazku zahrnuli pouze do kategorie rozvedený/rozvedená resp. ovdovělý/ovdovělá a opomněli zaškrtnout položku s druhem/družkou.

Byla zjišťována délka terapie dialýzou a metoda dialýzy. Pacienti mohou ovšem v průběhu terapie umělou ledvinou obě metody v různých časových úsecích střídat a je pravděpodobné, že např. pacienti na peritoneální dialýze podstoupili v životě i hemodialýzu, ne však naopak, přešli v nedávné době do programu PD po letech terapie na HD nebo podstupují HD v důsledku komplikace PD. Toto bohužel nebylo v dotazníku zohledněno.

Nebyla zjišťována etiologie selhání ledvin, která může být velmi různá. Můžeme očekávat, že i charakter základního onemocnění vybrané psychologické proměnné ovlivní. Toto se týká

např. případu autozomálně dominantně dědičného onemocnění ledvin, které se v 50 % případů přenáší na potomky, protože neexistuje prevence ani kauzální terapie. Takové onemocnění končí náhradou funkce ledvin v mladém věku, nebo akutním neočekávaným selháním ledvin, např. vlivem toxických látek či poinfekčně, které přejde do chronického selhání z plného zdraví.

Je velmi pravděpodobné, že na vybrané psychologické proměnné může mít vliv nejen chronické onemocnění nebo způsob terapie, ale i komorbidita respondentů. Lze předpokládat, že především coping či depresivní symptomatika bude ovlivněna i dlouhodobými komplikacemi v důsledku např. přidružených kardiovaskulárních chorob, hypertenze či diabetu, jejichž výskyt je u pacientů s chronickým onemocněním ledvin vyšší než v běžné populaci. Podle dat České nefrologické společnosti bylo ke konci roku 2011 mezi hemodialyzovanými 42 % diabetiků a 66 % hypertoniků. Mezi peritoneálně dialyzovanými bylo diabetiků méně, 33 %, a hypertoniků více, 78%, ve srovnání s hemodialyzovanými.

Sběr dat

Sběr dat probíhal v omezeném časovém úseku, předpokládám ale, že většina pacientů dialyzačního centra centrum navštěvuje buď cca 3x týdně (HD), nebo jednou za 4 – 6 týdnů (PD), a proto byla možnost zúčastnit se výzkumu nabídnuta většině.

Hlavním rozdílem, který mohl výsledky ovlivnit, byl způsob vyplňování dotazníku respondenty. Pacienti léčení hemodialýzou vyplňovali dotazník hlavně během dialýzy v dialyzačním středisku. Mohli tak sice mít na odpovědi dostatek času, v průběhu odpovídání ale byli konfrontováni s léčbou a jejími nepříjemnostmi, jakož i s ostatními nemocnými pacienty a nemocničním prostředím. Pacienti léčení peritoneální dialýzou, kteří v dialyzačním centru tráví poměrně méně času při čekání na kontrolní vyšetření, si častěji brali dotazník s sebou a vyplňovali jej v jiném prostředí.

Výzkumný soubor byl založen na dobrovolnosti a ochotě respondentů a postrádá tak data od nezúčastněných dotazovaných.

Metody

Dotazník Brief – COPE byl převeden do českého jazyka profesionálním překladatelem a přeložen zpět do anglického jazyka bilingvní osobou. Jednotlivé položky pak byly diskutovány a zpřesněny tak, aby nejvíce postihovaly anglický význam, zároveň ale byly srozumitelné. I přesto však mohlo dojít k částečné ztrátě původního významu a k širšímu

využití by byla třeba úprava cílená na českou populaci. Dotazník zjišťuje copingové strategie obecně, nikoli v konkrétním vztahu k chronickému onemocnění nebo k terapii dialýzou. Vyhodnocení dotazníku proběhlo kvantitativně, kdy byly bodovány výroky patřící do adaptivního konceptu copingu, za maladaptivní strategie bylo získáno méně bodů. Nejistili jsme tak ale informace o konkrétních copingových strategiích dle teorie Carvera (1997).

Locus of control byl zjišťován jednoduchou vizuální analogovou škálou. Písemné zadání bylo pro některé respondenty nepřesné, někteří nenanesli na úsečku přímo značku, ale např. šipku nad úsečku, zakreslovali nad úsečku vlastní úsečku o trochu kratší, vepsali odpověď slovně anebo opověď podtrhli v případě, že odpovídali *plně, zcela*. V 11 případech nebyla vizuální analogová škála vyplněna vůbec. Domnívám se, že by bylo vhodnější doplnit pokyny názorným příkladem.

Depresivní symptomatika byla zjišťována pomocí BDI – II. Tento dotazník obsahuje poměrně mnoho somatických položek. Pacienti s chronickým onemocněním tak mohou díky těmto položkám získávat vyšší celkový skóre, což je ale způsobeno příznaky spojenými s chronickým onemocněním a ne depresivní symptomatikou.

Zajímavé by bylo doplnit výzkum rovněž o kvalitativní sběr dat.

Shrnutí

Každá nemoc s sebou nepřináší jen obtíže fyzického rázu, ale zasahuje významně do ostatních oblastí lidského života. Psychická oblast není výjimkou a různým psychologickým proměnným, je věnována stále vyšší pozornost v probíhajících studiích. U pacientů s náhradou funkce ledvin se toto týká především kvality života.

Nemocní s chronickým selháním ledvin jsou vystaveni nejen zátěži spojené s diagnózou chronického onemocnění, ale i specifickým způsobem terapie. Pokud nemají možnost transplantace, jsou pacienti s chronickým selháním ledvin doživotně léčeni buďto hemodialýzou prováděnou pomocí přístroje na mimotělní oběh 3x týdně v nemocnici), nebo peritoneální dialýzou prováděnou v domácím prostředí samostatně pacientem. Obě metody se navzájem významně liší a jsou spojeny s jinými nároky na pacienta. Neexistuje – li kontraindikace, na výběru způsobu dialýzy se podílí významně i pacient.

Diplomová práce se týkala rozdílů v sociální opoře, copingu, lokalizaci kontroly a depresivní symptomatice mezi dvěma skupinami pacientů léčených buď hemodialýzou, nebo peritoneální dialýzou.

V teoretické části byly přiblíženy jednotlivé psychologické proměnné a chronické onemocnění ledvin.

Celkově bylo do studie zahrnuto 191 pacientů ze čtyř dialyzačních center v České republice, z toho 143 HD pacientů (průměrný věk 65,56 let, 48,3 % mužů, 51,3 % žen) a 48 PD pacientů (průměrný věk 63,79 let, 66,7 % mužů, 33,3 % žen). Skupina PD pacientů se lišila vyšším zastoupením mužů ve skupině. Z hlediska průměrného věku se obě skupiny významněji nelišily, nižší průměrný věk byl zastoupen u skupiny PD, v celkové populaci dialyzovaných pacientů je ale tento rozdíl větší. Většina pacientů se nacházela ve starobním nebo invalidním důchodu, ve skupině PD bylo mírně vyšší zastoupení pracujících, ale vzhledem k velikosti vzorku nelze tento rozdíl pokládat za významný.

Pro zjišťování sociální opory byl použit Dotazník sociální opory (SIS – Social Integration Survey), lokalizace kontroly byla zjišťována na vizuální analogové škále, copingové strategie byly mapovány krátkou verzí dotazníku COPE – Brief COPE, která byla za tímto účelem přeložena do češtiny, a k posouzení výskytu depresivní symptomatiky byla použita Beckova sebezposuzovací škála deprese (BDI – II).

K porovnání obou skupin z hlediska vybraných čtyř proměnných byl použit test hypotézy o shodě středních hodnot a Mannův-Whitneyův test. Na základě tohoto šetření nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly mezi oběma skupinami.

Bylo by zajímavé doplnit výzkum o rozšířené statistické hodnocení, které by se pokusilo zjistit souvislosti mezi uvedenými psychologickými proměnnými u dialyzovaných pacientů.

Další informace by mohlo přinést prospektivní sledování nemocných od stadia predialýzy v období výběru dialyzační metody a dále v průběhu dialyzačního léčení s cílem usnadnit nemocným rozhodování o dialyzační metodě, dále pak porovnat copingové strategie při HD a PD s cílem je podpořit a v neposlední řadě i předejít syndromu vyhoření u PD pacientů.

V budoucnosti by mohlo být podnětné srovnávat nejen vyjmenované psychologické proměnné mezi sebou, ale pokusit se uchopit širší souvislosti a vlivy na další podstatné charakteristiky, např. vliv na imunitní systém, mediátory zánětu, četnost hospitalizací a na celkovou mortalitu.

Seznam použité literatury

- Arraras, J., Wright, S., Jusue, G., Tejedor, M. a Calvo, J. (2002). Coping style, locus of control, psychological distress and pain-related behaviours in cancer and other diseases. *Psychology, Health and Medicine*, 7(2), pp. 181-187.
- Bareš, M. a Praško, J. (2004). Depresivní porucha. In D. Seifertová, J. Praško a C. Höschl. *Postupy v léčbě psychických poruch*. (1. vyd., pp. 67-91). Praha: Academia Medica Pragensis.
- Barratt, J., Harris, K. a Topham, P. (2009). *Chronic kidney disease*. (1. vyd.) New York: Oxford University Press.
- Baštecká, B. (2005). *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. (Vyd. 1., 299 s.) Praha: Grada Publishing.
- Baštecká, B. a Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. (Vyd. 1., 436 s.) Praha: Portál.
- Baumgartner, F. (2001). Zvládanie stresu - coping. In J. Výrost a I. Slaměník. *Aplikovaná sociální psychologie II*. (Vyd. 1.) Praha: Portál.
- Beck, A., Steer, R. a Brown, G. (1999). *Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé BDI-II: příručka*. (1. čes. vyd.) Brno: Psychodiagnostika.
- Bednářová, V. (2007). Peritoneální roztoky. In V. Bednářová a S. Dusilová Sulková a kol. *Peritoneální dialýza*. (2. vyd.) Praha: Maxdorf.
- Bednářová, V., Szonowská, B. a Znojová, M. (2007). Indikace a kontraindikace chronické peritoneální dialýzy. In V. Bednářová a S. Sulková. *Peritoneální dialýza*. (2. rozš. vyd.) Praha: Maxdorf.
- Buunk, A., Zurriaga, R. a González, P. (2006). Social comparison, coping and depression in people with spinal cord injury. *Psychology and Health*, 21(6), pp. 791-807.
- Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief-COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), pp. 92-100.
- Češka, R. (2010). *Interna*. (xix, 855 s.) Praha: Triton.
- Češková, E. (2001). Afektivní poruchy. In P. Zvolský aj. Raboch. *Psychiatrie*. (1. vyd., pp. 253-274). Praha: Galén.

Declerck, C., De Brabander, B., Boone, C. a Gerits, P. (2002). Locus of control, marital status and predictors of early relapse in primary breast cancer patients. *Psychology and Health*, 17(1), pp. 63-76.

Fitzpatrick, T., Gitelson, R., Andereck, K. a Sue Mesbur, E. (2005-05-11). Social support factors and health among a senior center population in Southern Ontario, Canada. *Social Work in Health Care*, 40(3), pp. 15-37.

Friedman, E. (2012). Willem Johan „Pim“ Kolff: Artificial kidney therapy founder and overlord. In Ing, T., Rahman, M., & Kjellstrand, C. *Dialysis: history, development, and promise*. New Jersey: World Scientific.

Friedman, T. a Rao, P. (2009). Neuropsychiatric disorders in chronic kidney disease. In J. Barratt, K. Harris a P. Topham. *Chronic kidney disease: Selected material from the Oxford desk reference Nephrology*. (1. vyd., 66 - 71). New York: Oxford University Press.

Gencöz, T. a Astan, G. (2006). Social support, locus of control, and depressive symptoms in hemodialysis patients. *Scandinavian Journal of Psychology* (47, pp. 203-208).

George, C. a Eknayan, G. (2012). John Jacob Abel. In T. Ing, M. Rahman a C. Kjellstrand. *Dialysis: history, development, and promise*. New Jersey: World Scientific.

Gurková, E. a Michnáčová, A. (2008). Zvládanie záťažových situácií u dialyzovaných pacientov. *Profese online*, I(1). Dostupné z: <http://www.pouzp.cz/text/cs/zvladani-zatezovych-situaci-u-dialyzovanych-pacientu.aspx>

Hainsworth, J. (2009). Psychological aspect of treatment for renal failure. In J. Barratt, K. Harris a P. Topham. *Dialysis and Renal Transplantation: Selected material from the Oxford desk reference Nephrology*. (1. vyd., 60 - 63). New York: Oxford University Press.

Sociální psychologie: moderní učebnice sociální psychologie. (2006). (Vyd. 1., 769 s., Editor Miles Hewstone, Wolfgang Stroebe). Praha: Portál.

Holahan, C., Moerkbak, M. a Suzuki, R. (2006). Social support, coping, and depressive symptoms in cardiac illness among Hispanic and non-Hispanic White cardiac patients. *Psychology and Health*, 21(5), pp. 615-631.

Hoskovcová, S. (2006). *Psychická odolnost předškolního dítěte*. (Vyd. 1., 160 s.) Praha: Grada.

- Christensen, A., Turner, C., Smith, T., Holman, J., a Gregory, M. (1991). Health locus of control and depression in end-stage renal disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(3), pp. 419-424.
- Christensen, A., Wiebe, J., Benotsch, E. a Lawton, W. (1996). Perceived health competence, health locus of control, and patient adherence in renal dialysis. *Cognitive Therapy and Research*, 20(4), pp. 411-421.
- Kawata, A. a Revicki, D. (2007). Reliability and validity of the social integration survey (SIS) in patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 17(1), pp. 123-135.
- Kebza, V. (2001). Sociální psychologie zdraví. In J. Výrost a I. Slaměník. *Aplikovaná sociální psychologie II*. (1. vyd., pp. 19-34). Praha: Portál.
- Kimmel, P. a Levy, N. (2001). Psychology and rehabilitation. In J. Daugirdas, P. Blake a T. Ing. *Handbook of dialysis*. (3rd ed.) Philadelphia: Lippincott Williams.
- Knappe, S. a Pinguat, M. (2009). Tracing criteria of successful aging? Health locus of control and well-being in older patients with internal diseases. *Psychology, Health and Medicine*, 14(2), pp. 201-212.
- Kraus, M. (2012). Sclerosing peritonitis. In T. Ing, M. Rahman a C. Kjellstrand. *Dialysis: history, development, and promise*. New Jersey: World Scientific.
- Kryl, M. (2006). Psychoterapeutické možnosti v léčbě deprese. *Česká a slovenská psychiatrie*, 102(5), pp. 250-255. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2006_5_250_255.pdf
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. (Vyd. 1., 279 s.) Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. (190 s.) Praha: Grada - Avicenum.
- Kutner, N., Zhang, R. a Brogan, D. (2005-03-30). Race, gender, and incident dialysis patients' reported health status and quality of life. *Journal of the American Society of Nephrology*, 16(5), pp. 1440-1448.
- Lachmanová, J. (1999). *Očišťovací metody krve*. (1. vyd., 125 s.) Praha: Grada.
- Mareš, J. (2001). Zvládání zátěže pomocí strategie záměrného sebeznevýhodňování. *Československá psychologie*, 45(4), pp. 311-322.

Mareš, J. (2001). *Sociální opora u dětí a dospívajících*. (2. vyd., 151 s.) Hradec Králové: Nucleus.

Mars, D. a Ross, E. (1995). Peritoneal dialysis. In C. Tisher a C. Wilcox. *Nephrology*. (3rd ed.) Baltimore: Williams.

Mirowsky, J. a Ross, C. (1989). Explaining the social patterns of depression: Control and problem solving - or support and talking?. *Journal of Health and social Behavior*(30), pp. 206-219.

Motlová, L. (2007). Afektivní poruchy. [Power point slides]. Dostupné z: http://www.pcp.lf3.cuni.cz/pcpout/vyuka_studujni_mat.htm

Negoi, D., Khanna, R. a Nolph, K. (2012). History of peritoneal dialysis. In T. Ing, M. Rahman a C. Kjellstrand. *Dialysis: history, development, and promise*. New Jersey: World Scientific.

Opatrná, S. (2006). Peritoneální dialýza. In V. Tesař a O. Schück. *Klinická nefrologie*. (1. vyd.) Praha: Grada.

Park, C., Fenster, J., Suresh, D. a Bliss, D. (2006). Social support, appraisals, and coping as predictors of depression in congestive heart failure patients. *Psychology*, 21(6), pp. 773-789.

Paříková, A. (2010). Peritoneální dialýza. In O. Viklický a S. Sulková, S. *Doporučené postupy a algoritmy v nefrologii*. (1. vyd.) Praha: Grada.

Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. (Vyd. 1., 240 s.) Praha: Grada.

Rambod, M. a Rafii, F. (2010). Perceived social support and quality of life in Iranian hemodialysis patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(3), pp. 242-249.

Reich, W., Lounsbury, D., Zaid-Muhammad, S. a Rapkin, B. (2010). Forms of social support and their relationships to mental health in HIV-positive persons. *Psychology, Health and Medicine*, 15(2), pp. 135-145.

Roth, J., Preiss, M. a Urbanová, T. (1999). *Deprese v neurologické praxi: Část první: symptomy, diagnostika, rizikové faktory*. Praha: Galén. Dostupné z:

http://www.lundbeck.com/upload/cz/files/pdf/Brozury/Deprese_v_neurologicke_praxi_1.pdf

- Rutkowski, B. (2012). Dialysis in Eastern Europe. In T. Ing, M. Rahman a C. Kjellstrand. *Dialysis: history, development, and promise*. New Jersey: World Scientific.
- Rychlík, I. a Lopot, F. Statistická ročenka dialyzační léčby v České republice 2011: Česká nefrologická společnost. Dostupné z:
http://www.nefrol.cz/resources/upload/data/337_Prehled_zakl_udaju2011.pdf
- Schlegel, R., Talley, A., Molix, L. a Bettencourt, B. (2009). Rural breast cancer patients, coping and depressive symptoms: A prospective comparison study. *Psychology and Health*, 24(8), pp. 933-948.
- Schück, O., Tesař, V. a Teplan, V. (1995). *Klinická nefrologie*. Praha: Medprint.
- Schwarzer, R. a Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8(1), pp. 99-127.
- Slatinská, J. (2010). Vyšetření žijícího dárce ledviny. In O. Viklický a S. Sulková. *Doporučené postupy a algoritmy v nefrologii*. (1. vyd.) Praha: Grada.
- Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. (2., rev. vyd., 506 s.) Praha: Maxdorf.
- Steddon, S., Ashman, N., Chesser, A. a Cunningham, J. (2006). *Oxford handbook of clinical nephrology and hypertension*. (1. vyd.) Oxford [etc.]: Oxford University Press.
- Sozialpsychologie: eine Einführung*. (1992). (2., opravené vyd., xiii, 590 s., Editor Wolfgang Stroebe, Překlad Rupert Maria Kohl). Berlin: Springer.
- Svatojanovský, J. a Ságová, M. (2010). Cestování pacienta léčeného RRT. In O. Viklický a S. Sulková. *Doporučené postupy a algoritmy v nefrologii*. (1. vyd.) Praha: Grada.
- Šolcová, I. (2009). *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. (Vyd. 1.) Praha: Grada.
- Tel, H., a Tel, H. (2011). Quality of life and social support in hemodialysis patients. *Pakistan Journal of Medical Science*, 27(1), pp. 64-67.
- Thomas, C. (2002). The context of religiosity, social support and health locus of control: Implications for the health-related quality of life of African-American hemodialysis patients. *Journal of Health and Social Policy*, 16(1/2).

- Vanderzee, K., Buunk, B. a Sanderman, R. (1997). Social support, locus of control, and psychological well-being. *Journal of Applied Social Psychology*, 27(20, pp. 1842-1859).
- Vienken, J. (2012). Hemodialysis as an experimental therapy: Georg Haas and the first clinical treatment of a human kidney patient. In T. Ing, M. Rahman a C. Kjellstrand. *Dialysis: history, development, and promise*. New Jersey: World Scientific.
- Viklický, O. a Sulková, S. (2010). *Doporučené postupy a algoritmy v nefrologii*. (1. vyd., 192 s., Editor Vladimír Tesař). Praha: Grada.
- Vítko, Š., Lácha, J. a Viklický, O. (2006). Transplantace ledviny. In V. Tesař a O. Schück. *Klinická nefrologie*. (1. vyd.) Praha: Grada.
- Weiner, B. (2008-1-1). Reflections on the history of attribution theory and research. *Social Psychology*, 39(3), pp. 151-156.
- Wells, J. a Anderson, S. (2011). Self-efficacy and social support in African Americans diagnosed with end stage renal disease. *The ABNF Journal*, 22(1), pp. 9-12.
- World Federation of Mental Health. (2012). *Depression: A global crisis: World Mental Health Day, October 10 2012*. Dostupné z:
http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf
- Znojová, M. (2007). Kvalita života. In V. Bednářová a S. Sulková. *Peritoneální dialýza*. (2. rozš. vyd.) Praha: Maxdorf.
- Zvolský, P. a Raboch, J. (2001). *Psychiatrie*. (1. vyd., xxvii, 622 s.) Praha: Galén.

GRAFY

Graf č. 1 – Procentuální zastoupení pacientů (objektů) v dotaznících

Graf č. 2 – Procentuální zastoupení žen a mužů

Graf č. 3 – Procentuální zastoupení HD a PD dle pohlaví

Graf č. 4 – Vzdělání respondentů

Graf č. 5 – Bydliště podle počtu obyvatel

Graf č. 6 – Délka známosti onemocnění ledvin

Graf č. 7 – Doba v dialyzačním programu

Graf č. 8 – Věk respondentů (HD) Vzdělání respondentů (HD)

Graf č. 9 – Vzdělání respondentů (HD) Bydliště dle počtu obyvatel (HD)

Graf č. 10 – Bydliště dle počtu obyvatel (HD) Délka známosti onemocnění ledvin (HD)

Graf č. 11 – Délka známosti onemocnění ledvin (HD) Doba v dialyzačním programu (HD)

Graf č. 12 – Doba v dialyzačním programu (HD) Věk respondentů (PD)

Graf č. 13 – Věk respondentů (PD)

Graf č. 14 – Vzdělání respondentů (PD)

Graf č. 15 – Bydliště dle počtu obyvatel (PD)

Graf č. 16 – Délka známosti onemocnění ledvin (PD)

Graf č. 17 – Doba v dialyzačním programu (PD)

TABULKY:

Tab. č. 1 – Procentuální zastoupení pohlaví respondentů ve skupině HD a PD

Tab. č. 2 – Procentuální zastoupení dle rodinného stavu